FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1946 N° 19

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GARCIN (Jean Robert)

Né à Paris, le 2 Octobre 1919

Présentée et soutenue publiquement le 4 Mai 1946

ABCÈS DE L'UTÉRUS

Président : M. KELLER, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1946

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1946 N° 19

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GARCIN (Jean Robert)

Né à Paris, le 2 Octobre 1919

Présentée et soutenue publiquement le 4 Mai 1946

ABCÈS DE L'UTÉRUS

Président : M. KELLER, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1946

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. ANDRÉ FORSTER.
Assesseur	P. ROHMER.

Professeurs titulaires

Clinique médicale B	MM. AMBARD.
Embryologie et tératologie	ANCEL.
Clinique neurologique	BARRÉ.
Histologie	N.
Clinique O. R. L.	N.
Anatomie	FORSTER.
Thérapeutique chirurgicale	FONTAINE.
Chimie biologique	N.
Hygiène et bactériologie	OBERLING.
Clinique dermatologique	PAUTRIER.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF.
Clinique ophtalmologique	REDSLOB.
Clinique d'obstétrique et maladies des femmes	KELLER.
Clinique infantile	ROHMER.
Physiologie	N.
Pharmacologie et Médecine expérimentale	SCHWARTZ.
Médecine légale et médecine sociale	SIMONIN.
Hydrologie et climatologie	VAUCHER.
Physique biologique	VLES.
Clinique chirurgicale B	WEISS.
Clinique médicale A	N.
Anatomie pathologique	N.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Professeurs sans chaire

Histologie	MM. M. ARON.
Anatomie	BELLOCQ.
Anatomie pathologique	GERY.
Clinique médicale A	HANNS.
Clinique psychiatrique	GELMA.

Chargés de cours et agrégés

MM. CALLOT.	MM. WOLF M.	MM. SACREZ.	MM. THIVOLLE.
KAYSER.	KLEIN.	GINGLINGER.	P. MEYER.
Mlle ACHARD.	TULASNE.	WARTER.	E. FORESTER.
WAITZ.	ROMEZ.	BARTHELME.	

Chargé d'un cours complémentaire

M. ROEDERER

Professeurs honoraires

M. STOLZ.	M. REEB.	M. LERICHE.
M. BOUIN O.	M. CHAVIGNY C.	M. SCHAEFFER.
	M. WEILL.	

Agrégés libres

M. SIMON O. M. KREIS A.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543528_0035

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON COUSIN

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUDREAUX

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A qui je dois le sujet de ce travail.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR KELLER

Professeur à la Faculté
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Nous entendrons par abcès de l'utérus les collections purulentes enkystées développées dans le parenchyme utérin, en éliminant d'une part les abcès miliaires, d'autre part les fibromyomes infectés, étant entendu qu'un abcès de l'utérus peut se produire à l'occasion d'un fibrome, mais en dehors de celui-ci, témoin l'observation de Picqué et Liné. Nous éliminerons aussi les abcès tuberculeux qui sont tout à fait spéciaux.

Les abcès de l'utérus sont une affection rare. Les observations sûres publiées actuellement sont de l'ordre de la centaine. Néanmoins ils présentent un certain intérêt, car leur diagnostic n'a pas seulement une valeur spéculative, mais peut conduire a une intervention qui sauvera le malade dans de nombreux cas.

Les abcès de l'utérus ont, le plus souvent, une origine puerpérale. Nous insisterons donc sur les abcès post partum et post abortum, mais nous dirons néanmoins quelques mots des autres abcès utérins en particulier au point de vue étiologique.

HISTORIQUE

Les abcès de l'utérus n'ont été bien étudiés qu'assez récemment. Delbet en 1889 allait même jusqu'à les nier. Les observations publiées avant cette date étaient, dans l'ensemble, assez peu précises, et il y avait risque de confusion avec les autres abcès du pelvis. Néanmoins, dès 1643, Guillemeau publiait une première observation, suivi en cela par différents auteurs, parmi lesquels Portal (1803), Gendoin (1805), Jacobi (1836) et surtout Lisfranc et Chassaignac (1859), Jaxinger (1869) et J.C. Championnières en 1870.

En 1914 la thèse de Roy rapporte 65 observations parmi lesquelles 40 abcès opérés (drainage simple ou kystérectomie), avec 34 guérisons.

Ensuite Virdis, Stein, Reeb, Wilmoth, Schneider, Feiner, Haller, Tomaselli publient des observations ou des études sur la même question.

En 1930 paraît une thèse d'Haubtman (Strasbourg) et en 1932 une thèse de Pierre Lejeune (Paris).

En même temps de nouveaux cas sont cités par Lifvendahl (1932), Jeannin et Chomé (1935), Gamoiu, Hamant et Chalnot (1936), Meyer May et Fonthat Thung (1937-Indochine), Boudreaux (1937). En 1938,

thèse de Rollet (Nancy), étude intéressante de Démarez, puis en 1939 nouvelle publication de Chalnot. En 1941 importante étude de Boudreaux avec une nouvelle observation. Enfin deux derniers cas sont publiés, l'un par Reynaud et Roy en 1942 et l'autre par Langrand et Deconinck au début de 1943.

ETIOLOGIE

Abcès Puerpéraux.

Les abcès de l'utérus sont le plus souvent d'origine puerpérale. Démarez en 1938 incrimine cette cause dans 70 à 80 % des cas. Boudreaux en 1941 fixe ce chiffre à près de 85 %. Et nous même arrivons à un chiffre encore supérieur. Ceci parait d'ailleurs normal quand on considère l'état de l'utérus après l'accouchement. Nous verrons plus loin que le streptocoque, grand agent de l'infection puerpérale est le microbe le plus important dans cette affection.

L'importance relative des infections post partum et post abortum a été très discutée. Mercadé en 1909 donnait la prépondérance à l'avortement. Bar pensait de même. Mais Roy, Wilmoth, Lejeune, Demarez soutiennent l'opinion inverse. Quant à nous; sur 62 cas nous trouvons 42 cas post partum et 20 cas post abortum, soit 67 % d'abcès survenus après l'accouchement.

Quel rôle joue le traumatisme obstétrical ? Dans les abcès post partum, il ne semble pas avoir l'importance que Mercadé, Sauvé et Virdis lui attribuèrent autrefois. Rollet, en 1938, relève seulement 25 % d'ac-

couchements laborieux dans les abcès utérins post partum. En 1941 Boudreaux, sur 40 observations, en trouve seulement 5 avec emploi de forceps ou basiotripsie et 4 cas avec accouchements laborieux ou anormal, mais sans intervention. Dans les 2 cas d'abcès post partum publiés plus récemment l'accouchement avait été sans histoire. Nous devons pourtant relever l'opinion de Kuss qui estime que certains traumatismes obstétricaux peuvent produire, après déchirure du myomètre, un hématome s'infectant secondairement à la faveur de l'infection puerpérale.

Après l'avortement, le traumatisme doit être incriminé plus souvent. Les germes pathogènes peuvent alors, pensent Sauvé, Lejeune et Mondor d'après des constatations anatomopathologiques précises, être portés directement au point lésé. Dans une observation de Mondor l'utérus était parsemé de nodules inflammatoires autour de traces de perforation instrumentale incomplète. Mais ces faits sont assez rares, estime Boudreaux, qui en publie pourtant un cas net (Observ. 4).

Chalnot et Rollet donnent un rôle non négligeable à la multiparité. Ils trouvent en effet 65 à 70 % de multipares, mais cela peut s'expliquer par la proportion plus grande de grossesses chez ces dernières.

Abcès non Puerpéraux.

Ces abcès rares (11 cas sur 88 observations) sont d'étiologie variée.

a) Métrite : (4 cas) soit banale, soit spécifique. Une observation de Menge montre une malade infectée 6 semaines auparavant, qui présentait une annexite bilatérale coïncidant avec un abcès sous péritonéal indépendant de la trompe et de la cavité utérine, contenant du gonocoque pur.

b) Traumatisme opératoire septique : Eventualité possible mais rare : observation de Fritsch (suite de discission du col), Küstner (opération de prolapsus) Barrows (intervention endoutérine indéterminée.

c) Suppuration d'organes voisins : tels que reins, appendice, avec propagation à l'utérus soit par contiguité, soit par les lymphatiques grâce aux anastomoses, soit par voie sanguine (observation de Roy, Wagner).

d) Tumeurs de l'utérus : d'après Fritsch beaucoup d'abcès utérins non puerpéraux seraient des fibromes sphacelés. Nous avons vu que nous ne les considérions pas comme de véritables abcès utérins. Ils ne sont le plus souvent pas publiés sous ce nom. Mais dans certains cas (Picqué et Linné) le pus dépasse les parois des fibromes et fuse dans l'épaisseur du parenchyme.

Wilmoth incrimine les polypes. Boudreaux publie une observation d'abcès sous péritonéal de la corne utérine gauche, ne semblant pas communiquer avec la cavité utérine, correspondant à un gros polype sphacélique de la taille du poing, inséré largement sur le fond utérin. C'est le seul cas analogue retrouvé.

Enfin le cancer du corps peut aboutir à la suppuration du myomètre, mais il s'agit alors généralement de petits abcès multiples.

PATHOGENIE

Nature de l'Agent Pathogène.

Abcès puerpéraux.

Dans presque tous les cas où le germe pathogène a été recherché, on a trouvé le streptocoque pur.

Pourtant on a pu noter un cas d'association streptocolibacillaire. Le staphylocoque a été mis en évidence dans le cas de Carle et Gatti. Le colibacille, abondant dans les lochies, a été soupçonné dans celui de Le Lorier. On a rencontré également, chez une malade d'Indochine, une association staphylo-colibacille.

On pourrait s'attendre à rencontrer assez souvent le gonocoque, si fréquent dans les voies génitales. Mais ce microbe qui a une préférence marquée pour la surface des muqueuses est de plus une cause de stérilité. De fait, un seul cas d'abcès à gonocoque paraît certain. C'est celui de Madlener (obs. 14). Dans 3 autres cas, on a pu le soupçonner.

Ces germes anaérobies n'ont, semble-t-il, jamais fait l'objet d'une reconaissance bactériologique dans le pus de l'abcès. D'après Boudreaux ces germes pourraient être mis en cause plus souvent qu'on ne le pense

généralement. Il a observé un cas d'abcès pyogazeux mais l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué. On peut également citer un cas probable de Banzet et un cas de Chomé (hémoculture positive avec association strepto-perfringens). Petit-Dutaillis estime de son côté que « beaucoup de ces abcès gangréneux passent inaperçus, du seul fait qu'ils servent de point de départ à une septicémie ou à une péritonite putride à grand fracas ».

Dans les 17 cas cités dans cette thèse, l'examen bactériologique fut pratiqué 5 fois. Dans les 4 cas d'abcès puerpéraux on trouva le streptocoque 3 fois et le gonocoque 1 fois.

Rôle de l'infection endo-utérine.

Nous avons déjà discuté l'importance qu'on pouvait attacher au traumatisme. Etudions maintenant une cause habituelle, sinon constante, l'infection endo-utérine.

Cette endométrite puerpérale est due fréquemment à une rétention de cotylédons, membranes ou caillots. Et ceci pourrait, entre autre, expliquer la localisation habituelle des abcès au niveau du fond utérin et en particulier de la corne gauche (22 cas contre 9 à droite) difficile à cureter.

Comme Forgue l'a indiqué, les métrites fundiques sont fréquentes.

Mercadé incrimine des kystes d'origine embryonnaire, wolfienne ou quelquefois mullérienne, qui se rencontrent quelquefois dans les cornes et qui facilite-

raient l'infection. Mais ces kystes sont très rares et l'examen des pièces anatomiques n'a pas confirmé cette hypothèse.

Wilmoth met en cause une obstruction passagère de la trompe par de l'œdème ou un bouchon muqueux.

Küss pense que certains abcès de l'utérus peuvent être assimilés à une salpingite interstitielle, mais malgré l'opinion de cet auteur, la coexistence d'abcès utérins et d'annexite semble rare comme nous le verrons plus loin.

Voies d'accès de l'agent microbien.

Indépendamment de l'introduction directe au cours de l'avortement, sur le lieu même de l'abcès, 2 voies d'accès sont possibles, les veines et les lymphatiques.

La voie veineuse a peut-être joué un rôle dans quelques cas : 4 observations mentionnant des thrombophlébites suppurées (Treub Anderodias et Loubat. Faure et Mouchotte, Reeb). Mais ces lésions pouvaient être secondaires et non primitives.

La voie lymphatique a été, par contre, depuis Bernütz et J.-L. Championnière considérée par tous les auteurs comme la voie principale d'accès du microbe : « On peut rencontrer dans les parois de l'utérus, déclare le second, tous les intermédiaires entre les lymphatiques dilatés par le pus et ce qu'on appelle les abcès de l'utérus ».

Cette hypothèse explique aussi la fréquence des abcès au niveau du fond utérin, le réseau lymphatique étant particulièrement riche dans cette région.

Les 3 stades pathologiques suivants se succèdent donc ainsi en général : 1) infection de la muqueuse ; 2) lymphangite interstitielle sans doute assez fréquente, car c'est un fait banal dans les suites de couche de trouver une corne utérine exquisement douloureuse (Démarez) ; 3) formation soit d'abcès miliaires, soit d'un ou plusieurs gros abcès.

Mais ce dernier stade ne sera que rarement l'aboutissement du second, soit grâce à la résolution des phénomènes inflammatoires, soit à cause d'une septicémie qui ne laissera pas à un abcès le temps de se former.

ANATOMO-PATHOLOGIE

L'abcès de l'utérus est une collection purulente enkystée développée dans le parenchyme utérin.

Siège.

Il peut être intramusculaire, sous muqueux ou sous séreux. C'est ce dernier cas qu'on rencontre le plus fréquemment 85 fois sur 100 d'après Démarez. Ces abcès interstitiels sont rares. Ils seraient, déclare Mondor, assez souvent gangréneux. Les abcès sous-muqueux sont rencontrés rarement, mais ils peuvent facilement être confondus avec une simple endométrite lorsqu'ils s'ouvrent dans la cavité utérine.

La localisation la plus fréquente est, comme nous l'avons dit, le fond utérin (60 % des cas), soit au niveau de la corne gauche (40 % des cas) soit dans la région postérieure. On rencontre ensuite les abcès par ordre de fréquence décroissante au niveau de la paroi postérieure, de la paroi antérieure, des bords, du segment inférieur et enfin de la portion vaginale du col. Comme l'indique Boudreaux, il faut être prudent au sujet de cette dernière localisation, car

des risques de confusion sont possibles avec d'autres lésions inflammatoires. Cet auteur relève pourtant 5 observations probantes (Fritsch, Küstner, Beyer, Mackenrodt, Trancu-Rainer).

Nombre.

L'abcès est le plus souvent unique, étant entendu que nous ne parlons pas des petits abcès miliaires qui rentrent dans une autre catégorie. Mais il peut être également accompagné d'un 2e ou 3e abcès et nous verrons qu'il faut tenir compte de cette éventualité dans le traitement. Pour Démarez les abcès uniques se retrouvent dans 80 % des cas, pour Lejeune dans 70 %. Seulement, pour Chalnot, dans 60 à 70 %. Nous même trouvons 65 abcès uniques contre 18 multiples, soit 78 % des premiers.

Volume.

Il est très variable. Quelquefois très minime, il peut atteindre 500 cc (cas de Schneider) et même un litre (cas exceptionnel de Poulain). Il est le plus souvent du volume d'une noix environ. La taille varie d'ailleurs en fonction de la localisation de l'abcès dans la paroi, l'abcès interstitiel se développant moins facilement dans un tissu serré, que l'abcès sous péritonéal.

Forme.

L'abcès est généralement arrondi, à parois plus ou moins anfractueuses quelquefois. Parfois aussi il s'in-

filtre sur une grande hauteur de la paroi. Dans un cas d'Andérodias l'abcès principal communiquait avec d'autres cavités de la grosseur d'une noisette. Lepage a décrit un abcès en haltère, sans doute 2 abcès réunis secondairement.

Contenu.

L'abcès contient généralement un pus jaunâtre, franc, inodore, mais il peut être quelquefois fétide et même pyogazeux (cas de Boudreaux).

Lésions associées.

Elles sont fréquentes et d'autant plus marquées que l'abcès est plus cortical. Elles peuvent être très réduites si l'abcès est sous muqueux.

Le parenchyme avoisinant est altéré, particulièrement dans les cas puerpéraux. L'involution ne se faisant pas normalement, l'utérus reste gros et mou, légèrement œdématié. Histologiquement on trouve une grosse infiltration leucocytaire.

L'organe peut présenter des phénomènes de dégénérescence graisseuse.

Les lésions des vaisseaux se limitent le plus souvent à des thromboses veineuses de la zone inflammatoire. Dans quelques cas rares, on a constaté une thrombophlébite des veines utérines.

La réaction péritonéale est très fréquente, le péritoine se couvre de fausses membranes et forme des adhérences de grande importance pour l'évolution ultérieure de l'abcès.

Les trompes sont lésées dans un certain nombre de cas, mais la fréquence de cette éventualité est discutée. Pour Küss cette atteinte est fréquente. Elle est rare d'après Wilmoth et Lejeune. Boudreaux ne relève de pyosalpinx coexistant avec les abcès utérins que dans un huitième des cas. Si nous examinons les 16 observations d'abcès puerpéraux cités, nous trouvons un seul pyosalpinx. Deux fois la trompe correspondant à l'abcès était enflammée et œdématiée, mais sans pus. Il s'agissait probablement d'inflammations secondaires.

Les organes de la cavité pelvienne, voisins de l'utérus, peuvent présenter des adhérences avec celui-ci. Il en est ainsi du rectum, de la vessie, du grêle. L'épiploon peut également être le siège d'adhérences qui tendent à isoler le pelvis du reste de la cavité abdominale. Le ligament large peut s'enflammer et même présenter une collection purulente. Dans un cas de Penrose un petit abcès de l'utérus communiquait avec une collection suppurée du ligament large correspondant.

A un stade avancé de l'évolution, on peut retrouver des perforations :

dans la cavité utérine (abcès sous-muqueux)
dans le vagin (abcès du col)
dans la grande cavité en péritoine libre
dans la grande cavité en péritoine cloisonné
dans les viscères creux (intestin, vessie) et même dans la paroi abdominale.

CLINIQUE

L'étude de la symptomatologie de l'abcès de l'utérus montre avant tout la difficulté du diagnostic précis et c'est le plus souvent au cours d'une intervention ou d'une autopsie que celui-ci est fait. Pourtant l'expérience a montré l'exagération de l'affirmation de Küss qui affirmait l'impossibilité du diagnostic. On peut citer en particulier le cas de Le Lorier, celui de Bazy ou le diagnostic préopératoire fut posé. Ed. Chomé déclare avoir lui aussi plusieurs fois découvert un abcès de l'utérus par la simple clinique. Ceci montre l'utilité de chercher à préciser, malgré la difficulté, puisqu'elle n'est pas toujours insurmontable, un diagnostic qui évitera une expectative dangereuse.

Quels sont les signes cliniques de l'abcès utérin ?

Nous allons prendre pour type l'abcès puerpéral de beaucoup le plus fréquent, d'origine post partum.

Une femme a présenté un accouchement normal ou, dans quelques cas, laborieux. Des signes banaux d'endométrite apparaissent, le plus souvent dans la première semaine, généralement vers le 3e, 4e jour, quelquefois plus tôt (témoin l'observation 3 où la fièvre apparut dès le lendemain), parfois, et ceci est plus

intéressant, plus tardivement (16 jours après, dans un cas de Wilmoth). Même dans les cas où l'évolution de l'abcès lui-même se fait très tardivement, (2, 3 mois après l'accouchement) on retrouve presque toujours cette infection du début.

Ces signes sont les suivants : fièvre augmentant progressivement, pouls accéléré, quelques frissons. Les lochies deviennent plus abondantes, légèrement fétides. Rarement la malade présente un écoulement sanglant persistant, pouvant correspondre à une rétention cotylédonnaire (obs. 7). En même temps apparaît une douleur sourde, plus marquée à la palpation, au niveau de l'hypogastre. L'utérus reste gros, subinvolué. Le col est mou et sensible.

A ce moment on porte le diagnostic de mëtrite puerpérale et on traite par la glace, les antimicrobiens généraux, mais sans résultat, et l'évolution se poursuit vers la période d'état qui se produit au bout d'un temps très variable, le plus souvent 2 semaines environ après l'accouchement, mais parfois 3 semaines, 1 mois et même 6 semaines après cet évènement. Après l'infection puerpérale du début l'évolution pourra en effet prendre un type aigu, d'aspect septicémique, ou une allure au contraire torpide, parfois même très insidieuse.

Dans quelques cas le début de la période d'état est marqué par une hémorragie plus ou moins abondante.

Période d'Etat.

La malade présente d'abord des signes généraux d'ordre inflammatoire et suppuratif. Température

plus ou moins oscillante, pouls rapide, leucocytose à 15.000 ou 20.000, polynucléose.

Puis des signes locaux peuvent être retrouvés, et essentiellement la douleur et la tuméfaction.

La douleur.

Elle apparaît le plus souvent avant la tuméfaction. Elle est spontanée et provoquée. Elle est fixe, localisée à l'endroit où se trouve l'abcès, très marquée et souvent réveillée par la plus légère palpation au niveau de la lésion. C'est la douleur exquise des suppurations et elle s'accompagne parfois de défense même avant la rupture de l'abcès.

Ce signe est très important. Malheureusement il n'est pas pathognomonique, puisqu'on peut le retrouver dans les thrombophlébites et dans les lésions tubaires localisées près des cornes utérines.

La tuméfaction.

Très importante aussi pour le diagnostic, mais moins fréquemment retrouvée que le signe précédent. Elle peut être impossible à sentir dans le cas d'abcès sous muqueux, dans celui d'abcès postérieur à développement pelvien, surtout s'il s'agit d'un abcès de petit volume, s'il est noyé dans un magma d'adhérences, si de plus une défense de la paroi complique encore la recherche.

On trouve, lorsque l'abcès est unique, d'après Noble « une voussure ronde, un peu aplatie, donnant au toucher une sensation analogue à celle d'un fibrome petit

et profondément situé, mais plus élastique et à bords moins définis ». Il faut soigneusement rechercher si la tuméfaction fait bien corps avec l'utérus et n'en est pas séparé par un sillon.

Dans les cas où une tuméfaction localisée est impossible à sentir on peut retrouver parfois un signe de valeur. C'est, après une involution plus ou moins marquée, une réascension progressive du fond utérin. Ce signe est peut être plus net, disent certains auteurs, dans les abcès miliaires envahissant toutes les parois que dans le type d'abcès dont nous nous occupons. Il n'empêche que dans le cas de Poulain, où l'abcès était, il est vrai, exceptionnellement volumineux, le fond utérin atteignait l'ombilic.

Au toucher, le col est mou, l'examen des culs de sac généralement négatif peut dans certains cas permettre de sentir une tuméfaction. Quand l'abcès siège sur le col, celui-ci est augmenté de volume, œdématié, avec ou sans fluctuation,

Le toucher et palper combinés permettent de préciser les signes fournis par la palpation seule et de constater le plus souvent que l'utérus reste mobilisable. Ce qui n'a rien d'étonnant, puisque, nous l'avons vu, dans les abcès haut situés les réactions inflammatoires se localisent électivement autour du fond utérin.

Enfin quelques signes de moindre importance dus à la compression ou l'inflammation d'organes voisins peuvent se retrouver.

Diarrhée ou constipation, mais sans occlusion vraie, ténesme rectal dans les abcès postérieurs.

Dysurie. Ténesme vésical dans les abcès antérieurs.

En résumé, chez une malade ayant présenté des signes d'endométrite puerpérale récente, apparaît une fièvre élevée, plus ou moins oscillante avec leucocytose, signes de suppuration. L'examen général ne permet de retrouver en dehors de la région pelvienne aucune cause expliquant ces symptômes. (Sauf cas exceptionnel. Témoin notre observation 2 où une pleurésie lymphocytaire survenue 15 jours avant l'accouchement égara quelque temps le diagnostic, l'involution de l'utérus s'étant produite normalement et une douleur dans le flanc gauche étant attribuée à une irradiation thoracique). En revanche, on trouve une douleur marquée et précise localisée au niveau du corps ou des cornes de l'utérus. Les trompes paraissent normales. On doit alors penser à un abcès de l'utérus et rechercher soigneusement une tuméfaction au niveau de cet organe.

Malheureusement les symptômes ne sont pas toujours aussi nets. Douleur et tuméfaction peuvent être peu marquées, même impossibles à retrouver, en particulier lorsqu'au cours d'une infection puerpérale l'abcès évolue parmi d'autres lésions graves parmi lesquelles il est englobé. Il ne faut pourtant pas, semble-t-il, être aussi pessimiste qu'Andérodias à ce point de vue. Nombre d'observations nous montrent qu'à ce moment au moins de l'évolution de l'infection, l'abcès est sinon la seule, du moins la lésion dominante.

EVOLUTION

L'évolution de l'abcès utérin est variable suivant son siège et suivant le potentiel inflammatoire de l'infection.

a) Suivant le potentiel inflammatoire :

L'abcès peut exceptionnellement se résorber quand il est petit (Démarez). Il doit en être de lui comme des abcès d'autres sièges, mais nous n'en avons pas de preuves formelles.

Rarement l'abcès évolue d'une façon subaiguë.

En général il marche vers l'extension et la rupture.

b) Suivant le siège :

1) Abcès du col.

Rupture dans le vagin.

2) Abcès sous muqueux.

Perforation fréquente dans la cavité utérine, d'évolution favorable si le draînage se fait bien.

3) Abcès sous séreux.

L'ouverture a alors lieu dans la cavité abdominale.

Perforation en péritoine libre :

C'est le cas le plus grave et il conduit rapidement

à la mort, si une intervention n'est tenté dans les heures qui suivent la rupture.

Les signes cliniques sont ceux d'une perforation de collection suppurée en péritoine libre : douleur abdominale violente apparaissant brusquement, vomissements, fièvre, accélération du pouls, faciès grippé, ventre de bois, météorisme. C'est le tableau de l'observation 3. Dans certains cas, le début est moins brutal. De toute façon la situation est très grave (16 morts sur 21 cas). Perforation en péritoine cloisonné, grâce aux adhérences formées par l'épiploon, le grêle, etc. On a alors une pelvipéritonite localisée. Rupture dans les viscères creux, vessie, rectum, anse sigmoïde.

Dans ces derniers cas l'évolution ne semble pas spécialement favorable, car le draînage semble médiocre. L'ouverture dans la vessie aboutit à la cystite et au risque d'infection de toutes les voies urinaires.

Dans une des observations que nous avons retrouvées concernant des cas de rupture en viscère creux il existait plusieurs foyers purulents et le drainage semblait insuffisant pour pouvoir conduire à la guérison spontanée. Dans l'autre cas il n'y eut pas d'intervention et la malade mourut.

Ouverture à la paroi :

Elle serait possible, exceptionnellement, dans les régions iliaque, inguinale, ombilicale.

Quelle est la fréquence de ces diverses éventualités ?

Nous trouvons sur 30 cas de rupture :

3 cas certains de perforation dans la cavité utérine

(Wilmoth, Reeb, Piqué) et un cas douteux de Franqué).

13 cas de rupture en péritoine libre.

12 cas de rupture en péritoine cloisonné.

2 cas de perforation en viscère creux.

— une perforation de la vessie (Sampson : pyurie abondante, guérison après hystérectomie).

— une perforation du rectum (Bird 1842).

Il s'agissait d'une femme de 37 ans qui peu après son mariage présenta de vives douleurs pelviennes, aggravées par la défécation. L'utérus était gros. 3 mois après, écoulement subit de pus par le rectum, puis diarrhée purulente incoercible. Cet état se poursuit pendant deux ans ; la douleur augmente. Pertes hémorragiques. Mort dans l'épuisement. A l'autopsie, adhérences péritonéales anciennes. Utérus uni au rectum par la partie postérieure du fond. Dans la paroi du fond utérin, abcès contenant 30 grammes de pus épais communicant avec le rectum, mais pas avec la cavité utérine.

Le petit nombre de ces perforations en viscère creux semble infirmer l'opinion de Demarez qui considère cette éventualité comme assez fréquente. Mais dans la majorité des cas l'intervention chirurgicale est trop rapide pour laisser à cette éventualité le temps de se produire. C'est ainsi qu'on peut relever plusieurs cas d'une collection suppurée entre la face antérieure de l'utérus et la vessie, qui auraient sans doute, abandonnés à eux-mêmes, aboutit à une perforation de ce dernier organe, comme dans le cas de Sampson.

La rupture n'est pas la seule complication possible.

Dans certains cas une thrombophlébite suppurée conduit à la mort par embolie. Il en est ainsi dans un cas de Reeb. De même dans l'observation d'Andérodias et Péry dans laquelle on voit la malade mourir le 14e jour après l'accouchement alors que le matin même son état semblait satisfaisant.

Des inflammations ou suppurations à distance peuvent aussi apparaître par propagation lymphatique ou sanguine. (Pyosalpinx, Phlegmatia). La septicémie peut emporter la malade.

La mort peut aussi survenir par toxémie exceptionnellement.

FORMES CLINIQUES

Elles découlent de ce que nous avons dit antérieurement.

a) Formes suivant la rapidité de l'évolution.

Soit très rapidement en quelques jours.

Soit en 3 mois ou même plus et les abcès peuvent alors devenir très gros.

b) Formes suivant le siège.

Abcès du col.

Le diagnostic se fait au toucher vaginal et au spéculum.

Abcès sous-muqueux du corps.

Le diagnostic est difficile car on ne retrouve pas la tuméfaction et on confond avec une endométrite.

Abcès de l'isthme.

qui peuvent donner de la dysurie, des troubles de la défécation, du ténesme rectal et vésical.

c) Formes suivant la cause.

Abcès post abortum.

Les formes cliniques sont analogues à celles des abcès post partum, mais l'évolution est souvent grave, les rétentions placentaires sont fréquentes.

Abcès non puerpéraux :

Ces abcès sont trop rares pour pouvoir donner lieu à un tableau d'ensemble.

On retrouve alors, associées, les causes qui les produisent. Leurs signes peuvent se joindre à ceux de l'abcès et prêter à confusion. Tel est le cas de la métrite gonococcique avec salpingite coexistante. Tel est aussi le cas du fibrome.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est très difficile et rarement fait.

Le diagnostic positif repose essentiellement, nous l'avons vu, sur les symptômes généraux de suppuration, sur les caractères de la douleur et sur la présence d'une tuméfaction, beaucoup plus rarement perçue d'ailleurs.

Le diagnostic différentiel peut se poser avec :

les affections présentant des phénomènes inflammatoires, suppuratifs, septicopyohmiques ou septicémiques, telles les pyélonéphrites par exemple, quand les signes généraux prédominent et quand les signes locaux sont peu marqués. Cette confusion est possible au début et nous l'avons retrouvée à propos d'une pleurésie dans l'observation 2.

la septicémie puerpérale :

On retrouve en effet les phénomènes infectieux, la notion de puerpéralité ; une corne utérine peut être très sensible, l'utérus reste gros par subinvolution. Mais on ne retrouve pas la tuméfaction localisée, l'évolution est généralement plus précoce et plus brutale, l'hémoculture est positive, l'effet des sulfamides et de la pénicilline est souvent plus net.

La coexistence possible de l'abcès et de la septicémie n'est d'ailleurs pas faite pour simplifier le diagnostic.

La thrombophlébite :

Douleur et température peuvent prêter à confusion.

Mais le début est souvent plus brutal, les oscillations thermiques et les frissons plus marqués.

Elle peut, elle aussi coexister avec l'abcès.

La péritonite puerpérale à son début :

Mais celui-ci est très précoce. Il y a de la contracture, souvent d'ailleurs peu marquée au commencement. La douleur est moins précise.

Le pyosalpinx :

C'est une des affections qui prêtent le plus à confusion dans le diagnostic de l'abcès utérin. On retrouve la suppuration, la douleur, la tuméfaction. Les adhérences ne permettent souvent pas de retrouver le sillon qui sépare normalement les annexes de l'utérus. Et on pense bien plus facilement à l'annexite, si fréquente, qu'à l'abcès de l'utérus. En principe dans la salpingite la douleur à la pression est plus vague, plus étendue.

Dans le cas d'un abcès non puerpéral à la suite d'une infection gonococcique, le risque d'erreur est très grand aussi.

Le phlegmon du ligament large :

Il peut être aussi une grosse cause d'erreur dans sa forme haute. Il évolue vers la fosse iliaque formant une masse assez étalée devant la paroi postérieure.

L'abcès du Douglas : qui peut prêter à confusion avec un abcès de la partie postérieure de l'isthme. Mais on retrouve la cause qui l'a produit.

Le fibrome ou le polype utérin infecté :
de diagnostic difficile. Mais on retrouve généralement les signes antérieurs de ces affections à l'interrogatoire.

L'endométrie purulente : qui prête à confusion avec un abcès sous muqueux s'ouvrant dans la cavité utérine.

La suppuration non localisée du parenchyme utérin (abcès miliaires).

Les causes d'erreurs que nous venons de citer ont une valeur très différente. Les deux principales sont : le pyosalpinx et le phlegmon du ligament large.

On peut envisager également le diagnostic de la rupture d'abcès utérin. On pourra penser à une appendicite perforée, à un pyosalpinx rompu. Mais ce diagnostic n'a qu'une importance toute relative puisque de toute façon il faudra opérer.

Il faut d'ailleurs considérer sous cet angle les diagnostics précédents. Ceux qui conduisent à l'intervention immédiate n'ont qu'un intérêt relatif. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Intervenir prématurément sur un pyosalpinx, par exemple, peut être très dangereux. S'abstenir, par contre, s'il s'agit d'un abcès de l'utérus, c'est risquer une perforation.

TRAITEMENT

Prophylaxie de l'abcès utérin.

Dans le cas d'abcès post partum ou post abortum, c'est la prophylaxie et le traitement de l'infection puerpérale en général, puisque nous avons vu que l'endométrite puerpérale est presque toujours à l'origine de l'abcès. Donc, asepsie rigoureuse au cours de l'accouchement, examen soigneux du placenta pour s'assurer qu'il n'existe pas de rétention cotylédonnaire, emploi préventif de la sulfamidothérapie après un accouchement laborieux ayant nécessité une intervention intra utérine, sulfamides ou pénicilline dès l'apparition des premiers frissons. Ces mesures de plus en plus généralisées doivent avoir une influence heureuse sur l'infection puerpérale et l'abcès post partum. Malheureusement, au cours de l'avortement criminel toutes les précautions d'asepsie et de traitement sont loin d'être de règle. La proportion relative des abcès post abortum va donc probablement augmenter.

Dans le cas d'abcès non puerpéraux, le problème n'est pas si simple puisque l'étiologie en est très va-

riable. Cependant il sera bon de tenir compte de leur possibilité, même rare, pour ne pas laisser traîner à la légère de vieilles métrites du corps. Il semble que l'injection intra utérine de pâte sulfamidée donne de bons résultats dans ces cas. De même le traitement chirurgical des fibromes et des polypes utérins empêchera peut être la formation de quelques abcès.

Traitement curatif :

Abcès du col :

Incision simple.

Abcès sous-muqueux :

Le curettage où l'ouverture au doigt, après dilatation donnera souvent de bons résultats.

Abcès sous péritonéal ou interstitiel.

Tous les auteurs sont d'accord pour estimer qu'une intervention chirurgicale est nécessaire.

Ce type d'abcès non traité chirurgicalement aboutit pratiquement toujours à la mort.

Le traitement médical (glace, etc...) ne pourra donc être qu'un traitement d'attente lorsque le diagnostic est très hésitant.

Il n'empêche que sulfamides ou pénicilline seront indiqués, car même sans action sur la collection purulente elles peuvent intervenir favorablement sur les lésions associées et diminuer les risques de septicémie.

Quelles sont les interventions possibles ?

a) *la simple colpotomie.*

Elle ne peut être employée que dans des cas très spéciaux.

Barrows signale un premier cas où une colpotomie postérieure fut faite sans résultat avant une hystérectomie qui amena la guérison et un 2e cas où une colpotomie antérieure guérit la malade.

De toute façon il faut qu'il s'agisse d'une collection très localisée, au niveau de l'isthme, cas très rare.

b) *Hystérectomie vaginale.*

Elle fut employée par Stinson, Madlener, préconisée par Turenne, J.-L. Faure. Mais elle semble rejetée par presque tous les chirurgiens actuels à cause de graves inconvénients. L'opération est difficile et dangereuse sur un utérus gros et friable, se déchirant très facilement. L'hémostase est délicate. Des déchirures de viscères ayant contracté des adhérences avec l'utérus peuvent se produire. Enfin ce procédé, qui nécessite un diagnostic, relativement précis, de lésion utérine ne permet pas d'avoir une vue nette des lésions et d'avoir recours, s'il y a lieu à la méthode conservatrice.

La laparotomie médiane sous-ombilicale semble donc le premier temps à pratiquer presque toujours. Le chirurgien peut alors se prononcer sur l'intervention la meilleure : 2 méthodes sont alors en présence, l'hystérectomie ou la simple incision avec drainage.

c) *Hystérectomie par voie abdominale.*

C'est l'opération de choix dans la majorité des cas, pour la plupart des auteurs.

Ses indications majeures nous sont ainsi présentées par Lejeune.

Utérus avec abcès multiples : la difficulté du drainage, l'état très infecté de l'utérus, le risque de laisser passer inaperçus d'autres abcès, commandant évidemment l'ablation de l'organe.

Utérus avec abcès unique, si l'infection est en pleine évolution, si les trompes sont malades, s'il existe en même temps des lésions de thrombophlébite ou un abcès du ligament large.

Même conduite si l'abcès utérin est à l'origine d'une septicémie grave.

Que doit-on choisir, l'hystérectomie totale ou la sub-totale.

La première est beaucoup moins employée que la seconde. (Nous trouvons 12 cas de subtotale pour 5 cas de totales et 5 cas non spécifiés).

Lejeune *déclare :* « Malgré son avantage de permettre le drainage par le bas c'est-à-dire au point déclive, ce qui est d'ailleurs chose possible sur un utérus puerpéral après une subtotale, la totale constitue une opération plus longue, plus choquante, plus meurtrière. Or les femmes atteintes d'abcès utérins sont toujours des malades fatiguées, anémiées, peu résistantes ».

De même, Démarez précise : l'hystérectomie totale défendue par quelques-uns en raison de l'excellent drainage vaginal qu'elle réalise ne nous paraît que rarement indiquée. Un forage du col après une subtotale classique rend les mêmes services sans comporter autant de risques opératoires ».

Mais comme l'indique Boudreaux, c'est avant tout

une question d'espèce et la totale peut être nécessaire dans les cas d'abcès de l'isthme, d'abcès diffus, ou de polypes intra-utérins compliqués d'abcès.

Après l'hystérectomie, drainage avec un Mickulicz.

d) la méthode conservatrice.

Incision de l'abcès, suivie de curettage puis drainage, (Mickulicz).

Elle nécessite l'existence d'un seul abcès ou de deux au maximum, bien collectés, l'intégrité des veines et du paramètre, ainsi que des annexes, en principe. Elle ne peut donc être employée que dans des cas particuliers.

Elle ne semble pourtant pas être une méthode d'exception comme le déclarent Lejeune et Demarez.

Elle peut servir, en effet, dans deux cas opposés.

D'abord lorsqu'une femme en bon état général présente un abcès bien limité, facile à draîner, sans complications de voisinage.

D'autre part dans le cas d'une malade en très mauvais état général, à laquelle une hystérectomie serait presque sûrement fatale.

Indépendamment de l'avantage immédiat que constitue la bénignité de l'opération, la grosse supériorité de cette méthode est la conservation de l'utérus et des annexes et la possibilité de grossesses ultérieures. Mais Roy fait remarquer avec raison que l'abcès va laisser une cicatrice, d'où risque de rupture utérine, au cours d'une gestation ultérieure, d'autant plus que la réparation se fait par seconde intention.

Mais la cicatrice est petite et n'intéresse qu'une partie de la paroi. Nous manquons de documents pour nous faire une idée précise à ce sujet. Tout au plus avons-nous l'observation d'une malade de Sampson qui mena à bien sans incident une autre grossesse et accoucha normalement 20 mois après un abcès utérin.

C'est évidemment chez une femme jeune que le drainage sera le plus intéressant. Aux approches de la ménopause l'ablation de l'utérus ne présentera que peu d'inconvénients.

Un inconvénient de cette méthode résulte de l'impossibilité de se rendre compte dans certains cas du nombre des abcès qui existent dans l'épaisseur de la paroi. Mais cette difficulté semble relative puisque parmi 23 cas d'abcès (sans rupture en péritoine libre) ou le drainage seul fut pratiqué, 2 seulement nécessitèrent une deuxième intervention à la suite d'un nouvel abcès. Ces 2 cas guérirent après une hystérectomie.

En étudiant les cas publiés nous constatons que sur 21 cas d'abcès sans péritonite généralisée traités ainsi 20 cas guérirent. Proportion considérable, évidemment due au fait que l'intervention fut pratiquée presque toujours sur des cas spécialement favorables. Mais nous verrons plus loin que sur 6 cas traités par drainage simple à la phase de péritonite généralisée, 4 cas évoluèrent vers la guérison. Donc résultats encourageants même dans les cas graves.

L'intégralité des annexes ne semble pas absolument obligatoire. Plusieurs observations nous montrent la

guérison obtenue après castration et salpingectomie unilatérale, puis incision de l'abcès et drainage.

Dans l'ensemble la méthode conservatrice, qui évidemment ne répond qu'à des cas déterminés mais assez nombreux, ne semble pas mériter la méfiance avec laquelle la considèrent de nombreux auteurs.

Au point de vue technique, nous ne retiendrons pas la méthode désuète que Sampson a préconisé autrefois dans certains cas. Après la laparotomie qui a permis de se rendre compte de l'état de l'utérus, une seconde incision au-dessus de la partie moyenne de l'arcade de Fallope était pratiquée et par l'intermédiaire du ligament rond, la corne utérine était attirée au niveau de la plaie et l'abcès incisé par voie sous-péritonéale

Enfin nous devons signaler, un traitement intermédiaire employé une fois par Lecène à l'occasion d'un abcès de la corne utérine gauche, la résection de cette corne suivie de suture. Guérison.

Pour le drainage tous les auteurs sont d'accord pour le faire large avec un Mickulicz.

Quand l'abcès utérin est compliqué de péritonite généralisée, les deux méthodes principales restent en présence après laparotomie sous ombilicale. C'est souvent l'état général de la malade qui décidera de l'intervention. Quand il est relativement bon, l'hystérectomie subtotale éliminera le foyer causal. Quand l'état général est trop grave, l'hystérectomie est trop shockante et l'excision de l'abcès avec drainage par un Mickulicz laissera ses dernières chances à la malade. Tel fut le cas pour notre observation 1 où un tel traitement amena la guérison. Même traitement et

même succès dans le cas analogue de Hamant et Chalnot.

Enfin l'indication de l'excision simple avec drainage peut encore se poser quand l'état général est au contraire très bon, les réserves faites pour les cas d'abcès non rompus conservent ici toute leur valeur.

Dans tous ces cas des sulfamides en poudre seront introduits dans la cavité péritonéale.

Boudreaux et Demarez remarquent par ailleurs que la question du traitement chirurgical de l'infection puerpérale peut se poser à propos de l'abcès utérin. Que doit-on faire en effet, demande le premier de ces auteurs, dans les cas rebelles à la révision utérine et à toutes les thérapeutiques antimicrobiennes, dans lesquels l'examen ne permet pas de noter franchement des signes de collection purulente utérine ou juxta-utérine ? On peut à ce sujet tenir compte de l'opinion de Mondor qui a écrit : « Si dès la 2e hémoculture positive le traitement chirurgical d'une septicémie post-abortive était décidé, l'hystérectomie permettrait certainement, non pas dans tous les cas, mais dans un certain nombre, de vérifier la présence d'abcès utérins, ou abcès unique, ou petits abcès disséminés ».

Et de fait, une statistique de Wormser de 260 hysterectomies pour infection puerpérale comprend 55 suppurations purulentes du myomètre ou abcès collectés avec 36 guérisons.

Ces considérations nous amènent à nous poser une dernière question. A quel moment doit-on intervenir ? Si le diagnostic d'abcès utérin est posé, si la tuméfaction est bien perçue, on interviendra immédiate-

ment pour éviter une complication. Mais si le diagnostic n'est pas sûr, la question est délicate. Nous avons déjà vu le risque d'intervenir par erreur sur un pyosalpinx en pleine évolution, alors que l'intervention sur cette lésion refroidie eut été bien préférable. Mais même si la lésion est utérine, il est préférable d'intervenir sur un abcès bien collecté plutôt que sur des lésions diffuses avec des risques augmentés de propagations microbiennes. Donc ni trop tôt ni trop tard, telle est la formule idéale, malheureusement souvent difficile à appliquer. Il faudra tenir compte, outre les signes locaux de l'état général de la malade, de l'aspect de la courbe des températures, de la formule sanguine.

PRONOSTIC

Abcès non traité chirurgicalement.

a) Abcès du col.

le pronostic est bon.

b) Abcès sous muqueux du corps.

Nous manquons de documents nombreux sur ce point, mais la guérison doit être fréquente par rupture dans la cavité utérine, avec un drainage suffisant.

c) Abcès sous péritonéaux ou interstitiels.

Quand l'abcès n'est pas opéré, l'évolution est presque toujours mortelle. Jeanin dans une statistique qui englobait tous les abcès utérins indiquait 75 % de mortalité. Sauvé admettait le même chiffre. En réalité la statistique est difficile à établir et ne peut guère être basée que sur des cas anciens. Actuellement il est rare qu'on n'intervienne pas, que le diagnostic soit posé ou non, ne fut-ce qu'à la phase de péritonite généralisée. Les cas dans lesquels l'état général est vraiment très mauvais sont presque seuls abandonnés à eux-mêmes. Quand aux abcès guéris sans intervention ils n'ont que peu de chance d'être diagnostiqués exactement. De toute façon on voit

assez mal comment la guérison pourrait survenir, sauf à la phase initiale où l'abcès encore tout petit peut encore se résorber spontanément. Seule l'issue dans un viscère creux semble pouvoir donner une voie de drainage, mais si cette issue est déjà peu fréquente, il semble bien rare aussi qu'elle fournisse un drainage suffisant. Enfin un abcès sous séreux pourrait théoriquement devenir à la longue sous muqueux et s'évacuer dans la cavité utérine, mais il serait vraiment exceptionnel que des dégâts graves dans la cavité péritonéale n'aient pas été produits entre temps.

Abcès traités chirurgicalement.

Alors que les statistiques anciennes sont encore fort peu brillantes puisque Jeannin arrive à 60 % de mortalité, les statistiques récentes sont beaucoup plus favorables.

Nous trouvons en effet :

a) abcès de l'utérus non compliqués de péritonite généralisée :

Drainage simple, après incision :	21	guérisons	1	mort
hystérectomie totale	4	—	1	—
— subtotale	8	—	4	—
— vaginale	2	—	3	—
— abdominale	4	—	1	—
sans spécification :				
colpotomie	1	—	1	—

N. B. — Dans les 21 cas de guérison par drainage

simple, 8 cas ont été soignés par le même praticien américain Noble.

b) Abcès compliqués de péritonite généralisée :

Drainage simple	4 guérisons	2 morts
Hystérectomie totale		1 —
Hystérectomie subtotale	1 —	1 —

Ceci donne au total 45 guérisons contre 15 morts, soit 75 % de guérisons. Mais il faut tenir compte dans la statistique générale de 15 cas de mort sans intervention, celle-ci n'ayant souvent pas été pratiquée, parce que, vu l'état général elle aurait sûrement été mortelle. De plus les chiffres américains établis d'après les observations par nous connues sont certainement trop favorables.

Quoi qu'il en soit, les statistiques actuelles sont encourageantes et, si le petit nombre de cas observés ne permet pas de tirer des conclusions définitives, invitent pourtant le chirurgien à l'intervention.

CONCLUSIONS

— Les abcès de l'utérus bien que rares, ne sont pas exceptionnels. Près d'une centaine d'observations sûres en ont été publiées.

— Ils sont le plus souvent d'origine puerpérale : 80 % des cas au moins.

Ils sont alors d'origine soit post partum soit post abortum. Ils appartiennent le plus souvent à la première catégorie mais le perfectionnement de la prophylaxie et du traitement de l'infection puerpérale pourra peut être renverser les proportions.

— Les traumatismes obstétricaux, importants dans l'abcès post abortum, n'ont qu'un rôle réduit dans l'abcès post-partum.

— Les abcès non puerpéraux sont d'étiologie variée : blennoragie récente, métrite chronique, fibrome, polype, etc...

— L'agent pathogène est presque toujours le streptocoque soit pur, soit rarement associé. Mais on a retrouvé exceptionnellement le staphylocoque, le colibacille. Quand aux anaérobies, 1 ou 2 cas d'abcès pyogazeux ont été observés, et pour certains auteurs, la

fréquence de ces germes serait plus grande qu'elle n'apparaît dans les statistiques.

— L'infection endo-utérine a un rôle très important dans l'abcès de l'utérus et se retrouve presque toujours à l'origine de celui-ci.

— La voie d'accès de l'agent microbien est généralement lymphatique, peut être rarement veineuse, et dans les cas post-abortum quelquefois directe.

— Les abcès de l'utérus sont sous-muqueux, interstitiels ou sous-péritonéaux. Ce dernier cas semble le plus fréquent mais beaucoup d'abcès sous-muqueux peuvent passer inaperçus.

— On les rencontre rarement au niveau du col ou de l'isthme. Leur siège le plus fréquent se retrouve au niveau du fond utérin, puis moins souvent au niveau des faces et des bords.

— Il est unique ou multiple. Son volume est très variable. Minime quelquefois, il a pu contenir jusqu'à 1 litre de pus.

— Les lésions associées sont fréquentes : infiltration inflammatoire de l'utérus, rarement thrombophlébite des veines utérines, fréquemment réaction péritonéale, avec ou sans adhérences, annexite dans un certain nombre de cas.

— L'évolution se fait vers la rupture dans la cavité utérine ou plus souvent dans la cavité abdominale, aboutissant à la péritonite généralisée ou localisée. Plus rarement il y a perforation d'un viscère creux (vessie, intestin).

— Au point de vue clinique, après une infection puerpérale d'aspect et de durée variables apparaissent des signes généraux de suppuration et deux signes locaux importants : une douleur exquise à la palpation au niveau d'un point de l'utérus et une tuméfaction localisée de cet organe. Ces deux signes, surtout le second, sont loin d'être nets, ou même d'exister dans tous les cas. L'utérus peut paraître aussi augmenté de volume dans son ensemble, quand la tuméfaction localisée manque.

— L'évolution spontanée se fait vers la rupture et la mort par péritonite généralisée ou la septicémie, l'embolie, la toxémie. L'évolution favorable n'a lieu, spontanément, que par rupture dans la cavité utérine ou le vagin (abcès du col, abcès sous muqueux).

— Le diagnostic, difficile, doit se baser surtout sur les deux signes indiqués plus haut, douleur et tuméfaction et sur l'absence d'autre localisation apparente susceptible d'expliquer les signes de suppuration.

— Le diagnostic différentiel est à faire surtout avec le pyosalpinx, et le phlegmon du ligamen large, puis la septicémie puerpérale, la thrombo-phlébite suppurée, etc.

— La prophylaxie est celle de l'infection puerpérale et celle-ci déclarée on aura recours à son traitement médical.

— Le traitement del'abcès constitué est essentiellement un traitement chirurgical, avec comme adjuvant un traitement général anti-microbien. Dans l'abcès du

col, l'incision suffira. Dans l'abcès sous-muqueux, on pratiquera si possible l'ouverture de la collection après dilatation utérine. Dans l'abcès du fond ou du corps, interstitiel ou sous-séreux, le auteurs sont presque tous d'accord pour commencer l'intervention par une laparotomie sous-ombilicale. Ensuite le plus souvent on procédera à une hystérectomie (généralement sus-vaginale) avec drainage. Mais dans certains cas, bénins ou très graves, et ces cas semblent devoir être assez nombreux on aura recours à une simple incision de l'abcès avec drainage. Le traitement sera analogue, lorsque la péritonite généralisée se sera déclarée, et il faudra là encore, tenir grand compte de l'état général de la malade.

— Le pronostic presque toujours fatal en l'absence d'intervention (sauf pour les abcès du col et sous-muqueux) est relativement favorable lorsque l'intervention est pratiquée.

Vu : le Doyen de la Faculté,
André FORSTER.

Vu : le Président de thèse,
R. KELLER.

Strasbourg, le 23 avril 1946

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Strasbourg,
Marcel PRELOT.

OBSERVATIONS

Observation I. — Inédite, due à la bienveillance du Dr Boudreaux. Abcès de l'utérus. Péritonite généralisée. Drainage. Guérison.

Madame B..., 40 ans, 3 enfants, a présenté le 15 mars un avortement, spontané d'après elle. Les hémorragies cessèrent aussitôt, mais une fièvre élevée serait apparue presque immédiatement et n'aurait pas cessé jusqu'au 29 mars. Ce jour là à 16 heures elle ressent des douleurs brutales dans le bas-ventre, la température monte, le pouls s'accélère. Elle entre le soir à l'hôpital.

Température 39°7. Pouls petit et rapide. Faciès grippé qui s'altère rapidement. Nausées. Pas de gaz depuis quelques heures.

A la palpation, contracture sous ombilicale très marquée, avec impression nette d'empâtement dans la fosse iliaque droite. La contracture avait débuté à la région sus ombilicale. Au toucher vaginal, masse latéro-interne droite immobile, assez bien limitée, tombant dans le cul de sac droit, semblant faire corps avec l'utérus et atrocement douloureuse.

On pose le diagnostic de péritonite généralisée par

rupture de pyosalpinx et on intervient le 30 à 2 h. 1/2 du matin.

Laparotomie médiane sous ombilicale. A l'ouverture pus fétide entre les anses instestinales. Après aspiration et refoulement sous des champs, on examine le pelvis : à gauche, trompes et ovaires normaux. A droite, la trompe bien que très congestionnée et un peu augmentée de volume, n'est pas en cause. Le pus sort au-dessous d'elle, sous l'ovaire droit. On croit d'abord qu'il s'agit d'un abcès de l'ovaire et on décolle cet organe. Il y a effectivement suppuration du pourtour ovarien, mais l'ovaire décollé découvre une cavité interstitielle dans le muscle utérin : abcès de l'utérus qui ne semble pas communiquer avec la cavité utérine.

Castration et salpingectomie droite. On met à la face postérieure de l'utérus un Mickulicz (3 mèches bien tressées). Un drain de Douglas. Sulfamides dans le péritoine.

Paroi en un plan, au crin double, en huit. L'état très grave de la malade contrindiquait une hystérectomie subtotale.

Soins post-opératoires : Toni-cardiaques, sérum sous cutanés, sulfamides per os. Une transfusion. Sérum anticolibacillaire.

La température évolue pendant 10 jours autour de 38°, 38°7, le 12e jour après l'opération, ablation du Mickulicz, 3 semaines après l'opération la température est presque normale et 5 semaines après l'intervention la malade sort guérie.

Observation II. — Abcès de l'utérus post partum immédiatement après une pleurésie. Hystérectomie subtotale. Guérison (Langrand et Deconinck. *Journal des Sciences méd. de Lille*, n°3-7 février 1943.

Madame F..., grande, multipare (6 enfants) est enceinte de son septième, à 15 jours du terme prévu, lorsque brusquement, le 3 février 1942, elle est prise d'un violent point de côté à la base gauche. Puis signes d'épanchement pleural. La ponction ramène un liquide à formule lymphocytaire. La température s'élève jusqu'à 38°5 le soir.

Le 16 février 1942, accouchement « en fusée », à 8 heures du soir. Délivrance normale. A l'examen, le délivre et les membranes se révèlent intacts : pas d'hémorragie :

Les 3 jours suivants, température à 38° le soir.

Le 4e jour grosse montée laiteuse avec température à 39°8.

Les jours suivants, la température oscille entre 37° et 39°. Au palper abdominal, l'involution utérine parait normale. A l'auscultation les signes pleuraux régressent.

Du 5e au 15e jour, la malade accuse une gêne persistante plutôt qu'une douleur du flanc gauche. On ne pratique pas à ce moment de toucher vaginal, attribuant cette gêne à une irradiation abdominale du point de côté thoracique.

Vers le 12e jour, la malade a perdu à nouveau quelques caillots de sang, puis du sang rouge, puis tout est rentré dans l'ordre.

On fait surtout un traitement destiné à soutenir l'état général, pensant à une évolution pleuro-pulmonaire tuberculeuse. La température continue à osciller entre 37° et 39°. Le 16 mars la malade perd de nouveau de gros caillots de sang. On fait une radiographie le même jour qui montre l'intégrité des deux champs pulmonaires. Il persiste juste un léger trouble du cul de sac costo-diaphragmatique gauche.

Au retour, on pratique un toucher vaginal qui permet de constater la présence d'un utérus subinvolué nettement augmenté de volume vers sa corne gauche, mobile. Le col est fermé, le doigt ne ramène pas de sang. La tuméfaction de la corne gauche fait bien corps avec l'utérus, se mobilise avec lui et est douloureuse.

En raison de ces signes et de la température de plus en plus oscillante, on pense à l'existence probable d'une collection pelvienne suppurée et on décide l'intervention.

Le 17 mars 1942, laparotomie abdominale sous-ombilicale. L'anse sigmoïde adhère à la face postérieure de l'utérus, elle est décollée sans grande difficulté. On aperçoit alors dans le Doublas une fusée purulente facilement aspirée et asséchée. On pratique une hystérectomie subtotale. Draînage du petit bassin. On met un Mickulicz et un drain.

Examen de la pièce opératoire : l'utérus apparaît nettement asymétrique. Il est augmenté de volume dans sa moitié gauche, qui est rouge, violacée, de consistance cartonnée. A la coupe, incluse dans le muscle utérin, on trouve une grosse collection purulente,

laissant s'écouler un pus épais, crémeux, pouvant être évalué environ à un verre de vin. La cavité utérine est vide de tout débris placentaire.

L'examen bactériologique et la culture permettent d'identifier du streptocoque pur.

Les suites opératoire sont très bonnes. La température monte encore à 38° 10 jour après l'intervention. Elle ne disparaitra complètement qu'un mois après l'hystérectomie.

Observation 3. — Abcès de l'utérus post-partum. Péritonite généralisée. Hystérectomie subtotale. Guérison (H. Reynaud et Roy : *Questions gynécologiques d'actualité*. T. 2, 1942).

Madame H... 24 ans, primipare, accouche le 19 mai sans incident.

Le lendemain, frissons et la température monte à 40°. Elle s'y maintient matin et soir pendant 3 jours, puis diminue et devient irrégulière. Douleur du petit bassin, plus intense à droite.

Glace et rubiazol, les symptômes s'améliorent, suffisamment pour que la malade se lève le 12e jour mais elle souffre toujours du côté droit et à 38°, 38°5 tous les soirs.

Le 11 juin, douleur abdominale, plus accentuée et brutalement le soir à 8 h. la malade éprouve dans le bas ventre une douleur en coup de poignard qui la couche en chien de fusil. Vomissements alimentaires, puis muqueux. Douleurs dans tout l'abdomen avec exacerbation. Temp. 39°9.

A l'examen, ventre de bois rétracté. Douleur très vive généralisée à la palpation, mais plus intense dans la fosse iliaque droite.

Faciès angoissé, pâle, traits tirés.

Au toucher vaginal : Douglas et culs de sac horriblement douloureux. Douleur et contracture empêchent de pratiquer le palper bimanuel.

On fait le diagnostic de péritonite par perforation d'un pyosalpinx droit et on intervient à 10 h. 1/2. Anesthésie générale. La palpation sous anesthésie incomplète, après cessation de la contracture réveille une légère réaction à la palpation profonde des annexes droites.

Incision médiane sous ombilicale. A l'ouverture du péritoine, pus verdâtre fluide entre les anses.

L'examen du petit bassin montre une trompe droite œdémateuse et enflammée, ainsi que l'ovaire, mais sans lésions importantes. Sous l'insertion tubaire droite l'utérus présente une tuméfaction du volume d'une mandarine présentant une perforation à bords noirâtres déchiquetés par où s'écoule un pus verdâtre, bien lié. Il s'agit d'un abcès perforé de l'utérus. La trompe gauche présente un hydrosalpinx du volume d'une grosse noix.

Hystérectomie subtotale. Mickulicz.

La température tombe en 2 jours et la guérison est complète en 1 mois.

L'examen de la pièce montre un volumineux abcès de l'utérus, à parois plus ou moins anfractueuses, développé dans la paroi postérieure droite, avec trajet sous l'insertion tubaire sans communication avec la cavité utérine ni avec la trompe.

L'abcès contient du pus franc, verdâtre qui au microscope donne l'image d'une culture pure de streptocoque.

Observation 4. — Abcès pyo-gazeux de la corne utérine à la suite de manœuvres abortives. Hystérectomie. Guérison. (Boudreaux, *Journal de chirurgie*, T. 57, N° 2, 1941).

Madame T..., 38 ans, entre à l'hôpital, le 6 novembre 1936. Se sachant enceinte de 2 mois, la malade s'est introduit elle-même dans l'utérus une canule, 6 jours auparavant : douleur violente. Syncope. Vomissements. Pertes sanglantes qui s'accroissent et 2, 3 jours après l'embryon se trouve expulsé mais incomplètement : les pertes continuent.

4 jours après ces manœuvres, les pertes deviennent très fétides, grisâtres. Température à 38°2. Petits frissons. Douleur profonde pelvienne. Le 6, la malade entre dans le service.

A l'entrée, température élevée : 39°6. Douleurs pelviennes. Pas de contracture, mais défense douloureuse dans la région sus pubienne gauche.

Le T.V. est douloureux. L'utérus, de la grosseur d'un poing, mou, sensible, se trouve légèrement déjeté à droite par une masse inflammatoire très douloureuse, perceptible à bout de doigt le long de la corne utérine gauche. Cette masse semble arrondie, de la grosseur d'une petite mandarine, mais ses rapports exacts avec l'utérus et les annexes sont diffi-

ciles à préciser. Le col entr'ouvert laisse apercevoir un fragment placentaire.

On pense à la possibilité d'un pyosalpinx ou d'un phlegmon du faîte du ligament large.

Le lendemain et surlendemain, temp. 39°8, douleurs accrues. Le volume de la masse inflammatoire a presque doublé et elle semble faire corps avec l'utérus. L'intervention est décidée.

Le 10 novembre : incision médiane sous ombilicale. L'épiploon masque les organes pelviens. Libération des adhérences. L'utérus apparaît très congestionné, de la taille d'un poing, déjeté vers la droite.

A gauche, bloc inflammatoire unissant l'anse sigmoïde très épaissie à la corne gauche de l'utérus. On libère prudemment l'intestin et on découvre l'orifice d'un abcès sous séreux siégeant dans la corne utérine entre les insertions du ligament rond et celles de la trompe. Par l'orifice s'échappent quelques bulles de gaz et un peu de pus très fétide.

Hystérectomie subtotale (procédé américain). Drain vaginal dans le col utérin. Mickulicz. Parois en 2 plans.

Sérothérapie antigangréneuse, anticoli, antistrepto. Le 6e jour température à 37°5. Le 10e jour on enlève le Mickulicz.

La malade sort guérie un mois après l'intervention.

Examen de la pièce : abcès sous séreux de la grosseur d'une noix. Masse placentaire putréfiée dans la cavité utérine. Au niveau de la corne gauche on découvre un fin pertuis distinct de la portion interstitielle de la trompe qui représente sans nul doute le

trajet de l'instrument septique qui a inoculé le parenchyme utérin. Une sonde atteint la cavité de l'abcès par ce trajet.

L'abcès était unique.

Observation 5. — Abcès post-partum. Hystérectomie totale. Guérison (Dr. Bazy, 1931, in *Thèse* de Lejeune).

Madame D..., 22 ans, primipare, accouche spontanément d'un enfant vivant le 16-1-31. Travail normal (6 h.). Délivrance normale. Cependant rétention partielle des membranes.

3 jours après l'accouchement temp. à 40° qui oscille ensuite entre 38° et 40°. Le 9e j. 41° et frisson. Le 10e jour hémorragie assez importante. La malade commence à souffrir du ventre. Malgré son état elle sort de l'hôpital puis y revient le 14 février. A ce moment temp. à 39°, malade fatiguée. Utérus encore gros, un peu douloureux, mais mobile. Les culs de sac sont libres.

Pus dans les urines. On pense à une pyélonéphrite : urotropine, glace.

— La température oscille autour de 39° jusqu'au 10 mars. L'état général décline.

Le 10 mars un curettage explorateur prudent ne ramène aucun débris placentaire. Après cette intervention la température monte à 40°.

— Le 13 mars, à l'examen : culs de sac libres sauf l'antérieur qui est douloureux, mais pas d'empâtement manifeste. L'utérus est nettement plus gros que

le jour de l'entrée. Il atteint le volume d'un gros poing. Son examen est très facile grâce à la maigreur de la malade. Le toucher et le palper combinés permettent de réveiller au niveau du corps utérin une douleur vive, excruciante.

— On pense à la possibilité d'un abcès de l'utérus et l'intervention est décidée sur ce diagnostic.

— Le 14 mars : laparotomie médiane sous ombilicale. Le cœcum et la vessie sont collés sur l'utérus. Le fond du Douglas est rouge vineux, de même que la face antérieure du rectum. Les annexes sont saines.

— Séparation de l'utérus et de la vessie sans difficulté. On trouve là une collection purulente (petite mandarine), qui provient comme on s'en compte, après nettoyage, d'un abcès de l'utérus développé à l'union de l'isthme et du corps.

— On décide de pratiquer alors une hystérectomie, mais l'utérus est tellement mou qu'on ne place pas de pince de Museux sur son fond. On se sert pour faire la traction de pinces mises sur les pédicules latéraux.

L'hystérectomie totale est très facile. Suture hémostatique de la tranche vaginale. Drainage vaginal. Mickulicz. Fermeture partielle de la paroi en un plan aux fils de bronze.

— Examen de la pièce : Utérus gros. Annexes saines. La cavité utérine est absolument intacte. La paroi utérine par contre est farcie d'abcès dont 3 volumineux développés vers la séreuse. L'un antérieur, le plus gros à l'union du corps et de l'isthme. C'est celui qui s'est ouvert entre vessie et utérus. Un second en plein au niveau de la face antérieure, encore intrapariétal. Un troisième enfin au niveau du fond.

— Examen histologique : inflammation aiguë avec nécrose et abcès des parois de l'utérus.

— Examen bactériologique du pus : streptocoque.

— Suites opératoires : la température persiste 2 jours après l'opération. Le 16 mars parotidite bilatérale qui guérit sans suppuration. A part cela, suites normales au point de vue opératoire.

Observation 6. — Abcès post-abortum. Hystérectomie subtotale. Mort. (J. Poulain. *Gazette médicale de Picardie*, N° 95, mars 1931, in *Thèse* Lejeune).

Femme de 43 ans, 2 enfants, avorte le 16 juin 1940 et expulse un fœtus de 4 mois environ.

Le lendemain petite réaction fébrile : curettage évacuateur. Suites fébriles durant au moins 3 semaines.

Le 14 juillet, métrorragie assez abondante.

Le 22 juillet, nouvelle poussée de fièvre avec douleurs vives dans le bas ventre.

Le 1er août survient un petit écoulement sanguin, qui devient, le 4, très abondant. L'anémie devient profonde. (Glace, ergotine). L'utérus est très augmenté de volume et remonte au-dessus de l'ombilic. En même temps chaque soir temp. à 39 et pouls à 120.

Le 8 août examen par le Dr. Poulain : Par le palper et toucher combinés, on sens un utérus uniformément hypertrophié, dont le fond s'élève jusqu'à l'ombilic. Il n'existe aucune lésion annexielle. Le col est largement ouvert et le doigt introduit dans la cavité

utérine sent quelque chose qui bombe au niveau de la paroi postérieure de l'utérus.

Examen des urines : glycosurie à 11 grammes. Le diagnostic posé est celui de fibrome de la paroi postérieure de l'utérus en voie de dégénérescence. Intervention décidée, mais vu le mauvais état général, la malade reçoit au préalable 2 injections de tétravaccin Pasteur, et 2 injections de sérum physiologique. Le 12 août intervention sous anesthésie générale au chloroforme.

— Laparotomie médiane. Une masse volumineuse formée aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus apparaît. Celle-ci est fortement développée et comme soufflée car le fond de l'utérus se voit très nettement, ne dépassant que de très peu la symphyse pubienne.

Cette masse est tout à fait et nettement fluctuante. L'utérus est extériorisé. Entre la paroi postérieure de la masse utérine et la terminaison de l'anse sigmoïde existe une adhérence très solide que l'on doit sectionner aux ciseaux.

Hystérectomie sub-totale. Péritonisation. Fermeture complète.

Examen de la pièce : la paroi postérieure de l'utérus contient une poche volumineuse intraparenchymateuse renfermant environ 1 litre de pus extrêmement fétide. En aucun point cette poche ne communique avec la cavité utérine et la section de l'utérus ayant porté plus bas, elle n'est pas entamée au cours de l'intervention.

Le lendemain 13 août la malade reçoit 15 unités d'insuline.

Le 14 août, sans avoir présenté aucun signe de péritonite, mort, probablement par défaillance cardiaque.

Observation 7. — Infection post partum après rétention cotylédonnaire. Abcès de la paroi. Hystérectomie. Phlébite. Guérison (Le Lorier, *Bull. soc. d'obst. et gyn. de Paris*, N° 4, 1926, p. 217, in *thèse* Lejeune).

Secondipare de 26 ans, Accouchement 9 jours auparavant. Depuis n'a cessé de perdre du sang, parfois abondamment avec petits caillots : sang noirâtre mélangé d'un liquide fétide. L'accouchement a été très simple. On n'aurait rien remarqué de suspect sur l'arrière faix.

A l'examen : femme pâle, anémiée. Temp. entre 38 et 38°5. Utérus subinvolué et entr'ouvert, mobile avec des culs de sac libres et souples.

L'hypothèse de rétention cotylédonnaire s'impose. Exploration de la cavité utérine en y introduisant, sous anesthésie au chlorure d'éthyle, 2 doigts, ce qui se fit aisément. On trouve facilement et on ramène un cotylédon putride adhérent lâchement à l'utérus.

Comme il arrive souvent en pareil cas, l'intervention, tout en supprimant définitivement tout écoulement sanguin, entraîne une aggravation brusque de l'état général et la production de phénomènes septicémiques : 40°, frissons intenses, menace de collapsus cardiaque (streptocoque dans le sang vérifié à l'hémoculture).

Après 4 ou 5 jours angoissants, les choses s'amendent, mais il apparaît sur la face antérieure de l'uté-

rus près du fond et de la corne gauche une bosselure très nette. Les lochies sont à ce moment purulentes, de moyenne abondance, sans odeur marquée.

Le diagnostic de collection purulente de la paroi utérine ne tarde pas à s'imposer. La température est oscillante et à l'endroit indiqué existe une tumeur ronde, sessile sur l'utérus, douloureuse à la pression et rénittente. Après consultation d'un chirurgien des hôpitaux, l'intervention est décidée.

— Hystérectomie abdominale totale avec ablation des annexes et drainage par Mickulicz. Après l'intervention détente légère mais incomplète. bientôt apparition d'une phlegmatia du membre inférieur gauche.

Néanmoins guérison.

Examen de la pièce : on voit nettement un abcès de la paroi utérine gros comme une petite mandarine et unique, faisant une sailie marquée sur la face antérieure de l'utérus près du fond et de la corne gauche.

L'examen du pus n'a pas été fait. Dans le pus des lochies il y avait du colibacille.

Observation 8. — Abcès post partum. Laparotomie et drainage. Rechute. Nouvelle laparotomie et drainage. Rechute. Hystérectomie subtotale. Guérison (*Obs.* du Dr. Picque, *obs.* 65, in *Thèse* Roy).

Malade de 24 ans : accouchement le 9 juillet 1913, laborieux mais sans application de forceps.

Suites fébriles. Abcès de fixation, incisé au bout de 3 jours.

La malade entre à l'hôpital le 20 août 1913. A son entrée : temp. 39°. Pouls 105. Bon faciès, ventre souple, mais très douloureux à l'examen. L'utérus est gros, il remonte nettement au-dessus du pubis. Il est mou. Le col est entr'ouvert. Dans le cul de sac postérieur, on sent une masse molle qui semble se fusionner avec l'annexe droite.

Le lendemain intervention : incision médiane sous ombilicale. Utérus gros dont la paroi postérieure bombe en une saillie nettement fluctuante. Il existe donc là, en pleine paroi utérine une collection liquide. Incision cruciale. La poche bien limitée contient du pus bien lié de couleur verdâtre. C'est un véritable abcès à limites nettes et ne communiquant pas avec la cavité utérine. Quantité de pus : 30 cm^3.

Un drain et 2 mèches en contact avec l'abcès. Paroi en un plan avec des fils de bronze.

Suites opératoires normales. Ablation des mèches le 26 août. Tout va bien quand, fin octobre, brusquement ascension de température à 39°8, douleurs dans le bas ventre, nausées.

— Intervention immédiate : laparotomie : un gros abcès est ouvert et drainé sans qu'on puisse voir le fond de l'utérus. On ne poursuit pas plus avant l'intervention.

Ces troubles persistant, 3e intervention : libération d'anses grêles. Fond utérin mis à découvert. Adhérences au niveau de la face postérieure de l'utérus. Hystérectomie suivant le procédé américain. Mickulicz. Guérison.

— Examen de la pièce : au niveau de la face pos-

térieure de l'utérus dans la moitié inférieure du corps, abcès entouré d'une coque fibrineuse. Cet abcès est bien limité, n'est pas ouvert à l'extérieur et ne communique pas avec la cavité utérine. Au-dessus de cet abcès on voit encore la trace de l'incision du premier abcès. Annexes saines.

Observation 9. — Abcès multiples de l'utérus post-partum (forceps). Drainage par voie vaginale. Mort (Prof. Reeb. *obs.* in *thèse* Haubtmann).

Accouchement le 5 janvier 1920. Travail long (28 h.) Infection amniotique. Souffrance fœtale. Nécessité d'application du forceps. Episiotomie. Délivrance naturelle complète.

Le 8 janvier : frisson, température monte à 41°. Pas de ballonnement du ventre. Electrargol intraveineux.

Les jours suivants, les frissons se répètent, la température persiste autour de 40°. L'utérus est bien rétracté, n'est pas sensible à la pression. Lochies peu abondantes mais malodorantes.

Le 20 janvier on remarque à droite de l'utérus une infiltration diffuse. Depuis 5 jours plus de frissons. Meilleur aspect, l'infiltration à droite dépasse l'utérus en hauteur et arrive jusqu'à l'épine iliaque. Très sensible mais pas de fluctuation.

Le 24 : sensation de fluctuation vague. Œdème des parois vaginales et des grandes lèvres ; mais pas de voussure du cul de sac postérieur.

Le 27, incision par voie vaginale. Collection de pus évacuée.

Les jours suivants aggravation : Mort le 3 février 1920.

A l'autopsie : abcès utérin du côté droit, l'un de la grosseur d'une noix dans la substance utérine, très près de l'angle tubaire, l'autre un peu plus en avant perforé dans la cavité péritonéale et ayant déterminé une péritonite locale. Un 3e au sommet a provoqué par sa rupture un accolement des anses intestinales.

Trombophlébite purulente du côté droit. Mort par embolie.

Observations 10. — Abcès post-abortum. Résection de la corne utérine. Guérison (*obs.* citée in diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène par Moulonguet et Dobkévitch, p. 149).

Malade ayant subi un curettage utérin pour fausse couche. Température à 40° après ce curettage. Un mois après, existence d'une masse grosse comme une orange dans le cul de sac antéro-latéral gauche, masse adjacente à l'utérus et douloureuse au toucher.

A l'intervention : abcès de la corne utérine gauche auquel adhérait l'épiplon. Résection de la corne suivie de suture. Guérison.

Observation 11. — Abcès post partum. Colpotomie postérieure sans résultat. Incision. Drainage sus pubien. Guérison (Barrows, in *thèse* Lejeune).

Primipare de 20 ans qui, 6 semaines après un accouchement normal est admise à l'hôpital pour douleurs continues siégeant dans la partie inférieure et droite de l'abdomen.

A l'examen, on trouve dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite dont la paroi n'est pas contracturée, une masse adhérant à l'utérus et à la paroi pelvienne et qui, au toucher vaginal déprime le cul de sac postérieure. Elle est douloureuse et donne une sensation de fluctuation profonde. Une colpotomie postérieure ayant été faite en vain, on pratique une laparotomie médiane et après libération des adhérences intestinales et épiploïques, on trouve un volumineux abcès qui occupe une grande partie de la paroi utérine antérieure.

Incision de la poche. Drainage sus pubien. Guérison en 25 jours.

Observation 12. — Abcès post partum. Septicémie. Mort (Andérodias et Jeanneney : *Comptes rendus de la Société française de gynécologie,* 11 mars 1939).

Une primipare de 28 ans accouche d'un enfant mort-né après un long travail et une application de forceps très pénible.

La température est à 38°2 le lendemain, puis monte rapidement à 40°. Il se produit un foyer de bronchopneumonie. Un abcès de fixation réagit mal.

Baisse passagère de la température qui reprend avec frissons le 9e jour.

Le 16e jour grosse hémorragie utérine qui se renouvelle à plusieurs reprises et représente plus d'un litre de sang.

Transfusion de 200 cc3. Nouvelle hémorragie. Nouvelle transfusion. Puis hystérectomie accompagnée d'une transfusion de 600 cc3.

La septicémie continue. Mort au bout de 61 h. le 21e jour après l'accouchement. L'ensemencement du sang, fait quelques jours auparavant a été négatif.

— L'examen de l'utérus a montré en plein parenchyme, au-dessous de l'implantation de la trompe gauche qui peut être cathétérisée, un gros abcès.

A l'examen histologique, métrite suppurative avec phlébites multiples des sinus veineux utérins.

Observation 13. — Abcès post partum. Rupture dans le péritoine. Mort. Découverte d'autopsie (Saxinger d'après Otto Franque. In *thèse* Mercadé).

Femme de 30 ans, qui 3 mois auparavant est accouchée difficilement d'un enfant mort. Elle dut garder le lit pendant 3 à 4 semaines après l'accouchement. Elle meurt 36 h. après l'entrée à l'hôpital avec les symptômes d'une péritonite généralisée.

— A l'autopsie : péritonite purulente, généralisée : utérus du volume d'un œuf d'oie. Dans sa partie postérieure foyer du volume d'une noisette plein de pus, présentant un petit orifice. Pas de communication entre l'abcès et la cavité utérine.

L'abcès, qui est à l'origine de la péritonite, a dû commencer il y a 3 mois.

Observation 14. — Abcès post partum a gonocoques. Hystérectomie vaginale Guérison (*Madlener Zentrablatt für gynæehologie,* 14 déc. 1895, in *thèse* de Mercadé).

Femme de 29 ans, qui est accouchée 7 semaines auparavant. 5 semaines après l'accouchement, apparition de douleurs abdominales.

A l'examen, utérus sensible, mou, du volume d'un utérus gravide de 3 mois. A gauche, tumeur annexielle du volume d'un œuf de poule, à droite tumeur annexielle du volume du poing.

Hystérecomie vaginale : à droite pyosalpinx contenant peu de pus. A gauche trompe contenant un peu de liquide séreux.

Abcès purulent à gonocoques au niveau de la corne utérine gauche.

Observation 15. — Abcès post partum. Péritonite généralisée. Excision. Drainage.Guérison. (Hamant et Chalnot : *Bulletin de la Société de gynécologie et obstétrique de Paris,* N° 3, mars 1936, p. 267. In *thèse* de Rollet) Résumée brièvement.

Femme qui est accouchée normalement d'un enfant vivant il y a 3 semaines. Il n'y aurait pas eu de fièvre au début des suites de couches, mais depuis 10 jours douleurs abdominales droites, et température un peu augmentée depuis 2 à 3 jours.

Brusquement dans la nuit du 23 au 24 décembre, douleurs très violentes avec vomissements : temp. 38,5. Pouls 120. Etat général satisfaisant.

A l'examen : ventre de bois. Au toucher utérus mobile.

La douleur et la contracture étant très marquées à droite, on hésite entre une origine appendiculaire ou génitale.

Intervention immédiate : incision de Jalaguier. Pus inodore dans le péritoine. On extériorise un paquet épiploïque et on aperçoit un gros abcès situé au niveau de la corne utérine droite, ouvert dans le péritoine. Trompe et appendice semblent sains.

Excision du foyer infectieux. Mickulicz.

Guérison.

Observation 16. — Abcès de la corne droite coexistant avec une annexite bilatérale. Pus à gonocoques. Hystérectomie (Menge : 1897, *Thèse* de Roy).

Femme de 40 ans, mariée, chez laquelle on pratique l'hystérectomie supra vaginale pour annexite bilatérale d'origine gonococcique. La malade avait été infectée 6 semaines auparavant par son mari. Dans la muqueuse on trouve des gonocoques. Dans la corne droite de l'utérus, il existe une petite tumeur saillante qu'on prend pour un petit myome interstitiel. Après incision on constate qu'on se trouve en présence d'un abcès sous péritonéal ne communicant ni avec l'utérus ni avec la trompe. Cet abcès contient un pus franc riche en gonocoques intracellulaires.

Observation 17. — Abcès de la corne utérine gauche consécutif au sphacèle d'un polype utérin en voie

de dégénérescence. Hystérectomie totale. Guérison (Boudreaux, *Journal de chirurgie*. T. 57, N° 2, 1941, p. 136).

Madame M..., âgée de 43 ans a présenté il y a 4 ans un écoulement métrorragique abondant. Ensuite règles très allongées (15 jours par mois). L'examen pratiqué il y a 3 ans montra un utérus globuleux, dur, de la taille d'un poing. L'intervention fut alors refusée.

Les pertes augmentent par la suite et sont devenues continuelles depuis juin 1940.

Elles sont devenues roussâtres et fétides depuis quelques semaines. Douleurs violentes à type paroxystique. Accès fébriles intermittents avec température à 40°. Fatigue.

La malade est revue le 20 octobre 1940 : on retrouve un utérus de même volume, mais spécialement douloureux au niveau du fond près de la corne utérine gauche.

La malade entre dans le service et dans les semaines qui suivent la température prend le type oscillant au voisinage de 38°5.

Recrudescence des douleurs qui s'accompagnent d'une réaction péritonéale légère.

Au toucher utérus toujours gros, globuleux. Le fond et la corne gauche sont douloureux. Les culs de sac vaginaux sont libres.

En raison de l'anamnèse, on porte le diagnostic de fibrome infecté, sans doute suppuré (leucocytose : 20.200 avec 91 % de poly).

— Intervention le 19 novembre 1940 : laparotomie médiane sous ombilicale. Adhérences épiploïques. Poche de péritonite séreuse sous-jacente. En libérant l'épiploon on ouvre un abcès sous péritonéal de la corne utérine gauche du volume d'un œuf de pigeon : pus crémeux, inodore. Lésions inflammatoires strictement localisées au fond utérin.

Hystérectomie totale. Drainage et Mickulicz abdominal.

En une semaine température normale. Guérison.

L'examen de la pièce montre un gros polype sphacélique de la taille d'un poing, inséré largement sur le fond utérin. La loge de l'abcès occupant toute l'épaisseur du myomètre ne semble pas communiquer avec la cavité utérine.

L'examen histologique montre que le polype qui était en état de nécrose dans sa presque totalité, présentait malgré son apparence bénigne, un îlot de dégénérescence épithéliomateuse.

BIBLIOGRAPHIE

ANDÉRODIAS. — Deux cas d'abcès puerpéraux de l'utérus. *Revue Mens. de Gyn. et Obst. de Paris,* 1910.

ANDÉRODIAS et LOUBAT. — Un cas d'abcès de l'utérus avec thrombophlébite. *Revue mens. de gyn. d'obst. et de Péd.,* 1912, p. 428.

ANDÉRODIAS. — Abcès de l'utérus d'origine puerpérale. *Compte-rendu de la Société franç. de gynec.,* mars 1939.

AUCLAIR. — Suppuration de l'utérus. *Bull. Soc. Anat. de Paris,* 1893, p. 88.

AUGUSTEIN. — Abcessus parietis uteri. *Inaug. disert.,* Leiden, 1893.

ASHFORD. — Métritis. *Report of Colombia Hospital for women Washington,* D. C., 1873.

ASTRUC. — Theoret. prakt. Abhandungen von den Frauenzimmerkrankenheiten. Dresden.

BAYER (Fr.). — Ein Gall von multipler abcess bildung im puerperalen Uterus. *Monatschrift f. Geb. und Gyn.,* 1910, p. 481.

Bakowski (F.). — Enorme abcès de l'utérus ouvert dans la cavité de l'utérus. Guérison. Traduit dans Klin. *Rundschau. Wien,* 1891.

Bar (P.) et Jeannin (C.). — Abcès de l'utérus. *Pratique de l'art des accouchements.* de Bar, Brindeau et Chambrelent, 1914, T. 1, p. 595.

Barrows. — Intramural abcess of the uterus. *Amer. journ. Obst. New-York,* 1911, p. 575 et *Journ. de chirurgie de Paris,* 1911, t. 6, p. 709.

Barnes (R.). — *Traité clinique des maladies de femmes.* Traduc. fr. Masson, éd., Paris, 1876, p. 340.

Bartholini (H.). — Historiarum anatomicar rariorum curturio. *Hafnial,* 1654, p. 156.

Bates (J. M.). — A case of intramural abcess of the Womb. *Med. assoc. Portland,* 1870, p. 159.

Behier. — *Clin.,* 1864, p. 670.

Berry. — Case of uterine abcess in the uterus communicating with the rectum. *The Lancet,* 1842.

Bell et Blair. — Thrombophlébite puerpérale avec abcès de la paroi utérine. *Journal of obst. and Gyn. of the Brith. Empire,* 1924.

Bird. — Case of abcess in the walls of the uterus. *The Lancet,* 1842.

Boedt. — Abcess of the uterus. *Proceding of the N. Y. Pathol. Soc.,* 1886, p. 89.

Bonamy. — De l'hysterectomie dans l'infection puerpérale aiguë. *Thèse de Paris,* 1889.

Boudreaux (J.). — 2 observations de complic. septique de l'avortement. Rapport de M. Petit-Dutaillis. *Mém. de l'Acad. de Chirurg,* T. 63, 28 avril 1937.

Boudreaux (J.). — Les abcès de l'utérus. *Journal de chirurgie,* T. 57, n° 2, année 1941, p. 134.

Brausserwetter. — *Monatsschrift f. Gefurtshilfe,* 1897, p. 534.

Brindeau. — Abcès de l'utérus. *Bull. Soc. obst. Paris,* 1901, p. 105.

Brouardel. — *Thèse de Paris,* 1865.

Brown. — Abcess of the uterus. *Dublin Journal of medica sciences,* 1834, p. 34.

Bronghton. — Al. Behandlung eines uterus absc. mit sensibilisierter bacillus proteus. *Vaccine br. med.,* juni 1914, ref. *Zeitbl. f. Gyn.,* 1915.

Buckingham. — A case of abcess of uterus. *Tr. Colorado med. soc. Denver,* 1879, p. 77.

Budin. — *Société d'obst. de Paris,* séance du 4-7-1901.

Bumm. — 13 Strassburger Gyn. Congress., 1909.

Cavazzani. — Grandi abcessi parenchimatosi dell utero atti del R. instituto veneto di Scienze, 1897, t. 9.

Cerne. — Un cas d'abcès de l'utérus. *Normandie médical.*

Chalnot. — Les abcès utérins d'orig. puerper. *Gazette des Hôpitaux,* 112, p. 197, 1939.

Champetier de Ribes. — Compte-rendu soc. d'obst. et de *pédiat.,* Paris 9 mars 1903.

Championnière (J.-L.). — Abcès de l'utérus chez une femme morte de péritonite. *Bull. de la Soc. anat.*, 1869, p. 1995.

Championnière. — Lymphatiques utérin et lymphangite utérine. *Thèse Paris*, 1870.

Chapman. — Abcess in the muscular walls of an unimpregnated uterus. *Med. and surgical reporter. Thilard*, 1862, p. 305.

Chassaignac. — *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, Paris, 1859, p. 453.

Chéron. — *Soc. Obst. de France*, 1901.

Chomé. — *Leçons cliniques du Jeudi soir.*

Churchill. — *Traité des maladies de femmes.* Trad. Fr. Baillère et fils, 1866, p. 322 et 733.

Ciabo. — Abcès de l'utérus. Un cas. *Ann. di ostet.*, juill. 1930, pp. 725-738.

Clivi. — Storia di un vasto abcesso uterino. *L'Ippocrato*, 1872, t. 22, p. 65.

Constantin et Mariell. — Abcès de l'utérus. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1926, p. 562.

Cornil. — Anatomie pathologique des métrites. *Journal des connaissances médicales de Paris*, 188, p. 107.

Courty. — *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes.* Asselin et Cie, édit. Paris, 1881, t. 2, p. 801 et 906.

Cullingworth. — *Amer. Gyn. transactions*, 1893, p. 434.

Davis. — *Americ Journal of obstetr.*, 1895, t. 31, p. 155.

Delbet P. — Des métrites. *Traité de chir.* S. Duplay et PLReclus.

Démarez. — Les abcès puerpéraux de l'utérus. Essai de classif. anat. clin. *Gynécologie et obst.*, 38, p. 161, 1938.

Depaul. — *Bull. de l'Acad. de Méd. Paris*, 1864, t. 19, p. 638.

Dverdelein. — Die entzündungen der Gebärtmutter. *Veit's Handbuch der Gyn.*, 1901, Bund 62.

Dubrisay (L.) et Jeannin (C.). — *Précis d'accouchement.*

Edwards. — A case of puerperal mania and metritis terminating in abcess. *The Lancet*, 1885, t. 2, p. 385.

Erdart. — Réunion demi-mensuelle de la Policlinique de Bruxelles. Rapportée dans *Iahresberischt f. Geb. und. Gyn.*, 1912.

Feiner. — Intramural abcess of uterus with report of case. *Amer. Journ. Obst. and gyn.*, mars 1927.

Fischell (W.). — Uterus abcess bedingt durch partiel nekrose eines intramuralen fibromyoms. *Präger Med.* Wochenschrift, 1886, T. 11, p. 177.

Fitzpatrick (J. R.). — Abcess of the uterus. *Med. Press and cir., London*, 1887.

Follin et Duplay. — Pathol. Ext. métrite parenchymateuse.

Franque (Otto von). — Abcès de l'utérus. *Sammlung* Enlin. Vortrage, 1901, n° 316.

Franz. — *Zeitschrift f. Geburst v. Gynec.*, 1913, 5, 1309.

FRITSCH. — Handbuch der Frauenkranenheit von Billroth *und Luche, T. I.*, p. 897.

FRITSCH. — Die krankenheiten der Frauen, 1900, p. 188. Traduc. franc. Maloine, édit. 1902.

GALLARD. — *Leçons cliniques sur les maladies de femmes*, Paris, 1879.

GENDRIN. — *Histoire anat. des inflamat.*, Paris, 1879, t. 2, p. 206.

GERNEZ (Louis). — Les péritonites puerpérales généralisées des suites de couches. *Echo médical du Nord*, N°s 11, 25, 34, 47.

GIOVANNI. — *Guzzo. Bull. soc. anat. de Paris*, 1847, t. 11, p. 33.

GAMOÏU (V.), PLATAREANU (V.), DIMITRU (C.). — *Bucarest spitatul*, 10 oct. 1936, p. 381.

GORDON. — *Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gyn.*, 1909.

GRAMMATIKAT (J. N.). — Les abcès de l'utérus.

GRASMUCK. — Appendicite avec abcès utérin chez une femme antérieurement ovariotomisée. *Zeitbl. f. gyn.*, 1910.

GRONE. — Beiträge zur kasuistik der Uterusabcesse. *Verh. Obs. Obs. Gyn. smet. d. Ges. Schwed. Aerzte Hygica*, 1917-1918.

GROSSE. — Biologie und Pathologie des Weibes, I, VIII.

GRUSS. — Sur les péritonites encapsulées. *Gyn. et Obst.*, N° 8, 1923, p. 41.

Guéniot. — Origine autogène de certaines péritonites puerpérales. *Revue Franç. de gyn.,* 617-621, oct. 1929.

Halban and Seitz. — Intramural Uterusabscess. *N.-Y. Med. Journ.,* T. I., mars 1913.

Haller. — Abcess of the uterus case. *Bull. et mém. de la Sté de chir. de Paris,* avril 1929.

Hamant et Chalnot. — Un cas d'abcès de la corne utérine droite. *Réunion obst. de Nancy,* 15-1-1936. *Société d'Obst. et de Gynec. de Paris,* mars 1936.

Harrigan. — Abcès intrapariétaux de l'utérus. *N.-Y. méd. Journ.,* t. 97, n° 9, mars 1913.

Hart et Barbour. — *Manuel de Gyn.,* Trad. franç. 1886, p. 350 .

Haubtmann. — Les abcès puerpéraux de l'utérus. *Thèse Strasbourg,* 1930.

Henckel. — Abcès paranephritique ouvert dans l'uterus. *Zentralblatt f. Gyn.,* p. 3206, 20 déc. 1930.

Hennig. — Ueber einen Fall von Uterus abszess im Wochenbett. Monatsschrift f. Geb. und Gyn. bd 33 Heft 3 p. 323.

Heutzchel. — Ueber Uterusabzess Leipzig 1901.

Hermann (G. E.). — Abcess apparenley of uterine wall discharge throng umbilicus. *Obst. J. Gr. Brit. London,* 1887, p. 452.

Hervez de Chegoin. — Abcès dans l'épaisseur du fond utérin. *Soc. imper. de chir.,* 1858, p. 451.

HERVIEUX. — Traité de clinique et pratique des mal. Puerpérales — suites de couches, Paris, 1870.

HUSSON. — Abcès enkysté de la cavité utérine. *Bull. Société anat.*, 1834, IX, p. 48.

JACOBI. — *Archives médicales de Strasbourg*, I. P. 353, 1835.

JEANNIN et CHOMÉ. — Diagnostic et traitement des péritonites puerpérales généralisées. *Bull. Acad. Méd. de Paris*, 14 mai 1935, t. 113, p. 627.

KALTENBACH. — *Zentralblatt f. gyn.*, 1885, p. 677.

KELLER. — Comment opérer la péritonite puerpérale. *Bull. soc. gyn. obst.*, mars 1929.

KIRKPATRICK. — Abcès de l'utérus s'ouvrant à travers l'ombilic. *The Dublin jour. of Med. Science Effb.* II, p. 152.

KNIPE (W. H. W.). — Multiple puerpéral abcess of the uterus. *Amer. Journ. of Obst.*, 1911.

KNOOP. — Uterus abcess — Metritis dissecans. *Niederlandsch. Tczdschr.*, 1917.

KUSS. — Abcès de l'utérus. *Bull. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1885, p. 502.

LADOS. — Abcès développé dans le tissu utérin. *Ann. d'obst. et Gyn. et gazette Méd. de Paris*, 1839, p. 605.

LAFONT et ESES. — Essai de thérapeutique des infections du post partum et post abortum. *Bull. soc. Gyn. et Obst.*, N° 8, octobre 1932, p. 525.

LANGRAND et DECONINCK. — A propos d'une observation d'abcès de l'utérus. *Journal des Sciences Médicales de Lille*, N° 3, 7 février 1943.

Lea (A.). — *The Journal of obst. and Gyn. of the Brit. Empire,* 1904, p. 159.

Lejeune (P.). — Les abcès puerpéraux de l'utérus. *Thèse de Paris,* 1932.

Le L orier. — Rétention cotylédonnaire post-partum. Infection et hémorragies utérines. Extraction du cotylédon. Abcès de la paroi utérine. Hysterectomie. *Bull. Soc. Gyn. et obst. Paris,* n° 4, avril 1926.

Léopold. — Zur Operation Schwerer parametrischer Exsudate und der Uterusabszesse. *Sitz der Gyn. Geselvsch. zu Dresden,* 1910, *f. Gyn.,* 1911.

Lifvendahl. — Abcess of the uterus. Hysterectomie. *Recovery Am. journ. obst. and Gyn.,* janvier 1932, p. 27. 103 .

Londe. — *Bull. Soc. anat. de Paris,* 1856.

Macdonald. — Report of a case of metropérimetritis ending in abscess of the uterus. *Edimburg Med. Journ.,* 1880, p. 874.

Martineau. — *Traité chir. des maladies de l'utérus.* Baillère, édit., Paris, 1878.

Mauriceau. — Obs. sur la grossesse et l'accouchement des femmes. Paris, 1728, p. 211.

Meron. — Uterus abcesses puerperalis. *Soc. d'obst. de Paris,* 1902 .

Mercadé — Salva. — Les abcès de l'utérus. *Ann. de Gyn. et obst. Paris,* 1909, V. p. 29.

Mercadé. — Kystes et abcès de l'utérus. *Thèse Paris,* 1905-1906.

METZGER et MARMASSE. — Traitement de l'infection puerpérale post-partum. *Presse médicale*, n° 79, 20 oct. 1926.

MEYER MAY et FONTHAT TUNG. — Abcès de la paroi utérine. Un cas. *Bull. soc. méd. chir. de l'Indochine*, 15 février 1937.

MIQUEL. — Contribution à l'étude du traitement des péritonites puerpérales diffuses par le drainage abdomino-vaginal. *Thèse Lyon*, 1928-1929.

MONDOR. — Les avortements mortels. Masson et Cie, édit., Paris, 1936.

MOTTE (DE LA). — *Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature*, Paris, 1765.

MURAT. — *Dict. des sciences médicales*, par une soc. de méd. et chir., 1819.

MURPHY. — Abcess of the uterus. *West Lancet Cincin*, 1848, VII, p. 199, 204.

MURPHY. — Abcess of the uterus. *West Lancet Cincin*, 1852, XIII, p. 215, 221.

NIVERT. — Abcès du fond de l'utérus. *Bull. soc. anat.*, 1862, p. 168.

NOBLE. — Report of four cases of abcess of the uterus. *Amer. journ. Obst.*, N.-Y., 1898.

NOBLE. — Intramural abcess of the puerperal uterus. *Journ. of Am. Med. ass.*, 2. 1907.

ORTH. — *Lehrbuch der Spec. Path. anat.*, p. 441.

OTTOW (B.). — Rupture into bladder of abcess formed on uterine wall after enucleation of myoma. A case. *Zentral bl. f. Gyn.*, 1930, p. 54, 267-270.

Penrose. — Bilatéral abcess of the uterus wall. *Am. Journ. of obst.*, 1896, p. 673.

Perret. — Cité par Bumm.

Pichevin. — Abcès de l'utérus. *Soc. obst. et gyn. Paris*, 1895.

Pichevin et Pettit. — Sur les abcès de l'utérus. *Soc. gyn. de Paris*, 1896, I, p. 133.

Picqué. — Abcès d'origine puerpérale dans la paroi d'un utérus fibromateux. Hysterectomie. Guérison. *Bull. Soc. Obst. de Paris*, 1905, p. 323.

Pielsticker. — Mulhauser — Ein Fall von Uterus abcess mit Durchbruch in die Bauchköle . Bonn, 1916.

Poulain. — Abcès de l'utérus et sigmoïdite. — *Gazette médicale de Picardie*, N° 95, 1931.

Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire, p. 150.

Rauchenberger. — Ueber Metritis dissecans und Uterusabscess, 1914.

Reeb. — *La gynécologie*, T. 22, p. 497.

Renolds. — Pyomètre — *Amer. Journ. Obst.*, N.-Y., 1894, p. 195.

Reynaud et Roy. — Péritonite par perforation d'un abcès de l'utérus. *Questions gynécologiques d'actualité*, T. 2, 1942.

Richelot. — Chirurgie de l'utérus. Paris, Doin, édit., 1902.

Ricketts. — Abcess of the uterus. *The Cincin.* Lancet, 1898.

Riotte. — *Revue Française de Gyn. et obst.*, 1923, p. 609.

Risch. — Metritis dissecans and uterus abcess. *Med Klin.*, 1911, n^{os} 2 et 5.

Rollet (R. P.). — Abcès de l'utérus. L'origine puerpérale Thèse de Nancy, 1938.

Roy (J. E.). — Les collections suppurées de la paroi utérine. *Thèse Paris*, 1913-1914.

Sabadini. — Traitement des pyosalpinx rompus en péritoine libre avec péritonite généralisée par la méthode conservatrice. *Presse méd.*, août 1932.

Sampson. — Abcès intra-pariétaux de l'utérus puerpéral. *Amer. journ. of obst.*, VI, 1910.

Sauvé (A.). — Abcès puerpéraux de l'utérus. *Thèse Bordeaux*, 1907-1908.

Saxinger. — Ueber Krankheiten des uterus Prager Vierteljahreschrift 1865.

Saxinger. — Uhrbuch der Krankeiten der Weilbl. Sexual organe. Wien, 1875.

Schneider. — Zur Path. des Puerperalfiebers seltener localisation des Interuterindlabscesses. *Zeitschrift f. Geb. und Gyn., Berlin*, 1928.

Schwartz. — Sur un cas d'hysterectomie abdominale totale secondaire pour un abcès du parenchyme utérin. *Revue générale de Clin. et thérap. Paris*, 1897.

Silva. — Sugli ascessi traumatici dell utero. *Arch. di Ost. e Gyn.*, 1927.

Smirnoff. — Abcess i utri. Finsma läk. Sallskhande. *Helsingfors*, 1873.

Steffeck. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1905, p. 1107.

Stein. — Abcess of fibroïd uterus. *Journ. of Ameri. ass.*, 1923.

Stirton. — Posterior abcess uterin. *Glascow med. journ.*, t. 16, p. 1881.

Storrer. — Abcess confined to the uterine parietus. *Boston med. and Sing Journ.*, 1864.

Suzor. — Contribution à l'étude des péritonites puerpérales généralisées des suites de couches. *Thèse Paris*, 1928.

Tissier. — Hysterectomie abdom. *Bull. Soc. de méd. de Paris*, 1902, V, p. 145.

Tomaselli. — Un cas d'abcès de l'utérus. Traitement opératoire. *Arch. di ost. e gyn.*, avril 1930, p. 198-206.

Torrance. — Uterus absec. *Journal of America*, 1908.

Trancu. — Rainer. Abcès de la portion vaginale de l'utérus. *Zentralblatt f. Gyn.* juin 1930, p. 1422-1425.

Turenne. — Abcès de l'utérus. *La gynécologie*, Paris, 1908, p. 105.

Vaucourtland. — Case of abcess of the uterus. *Canada med. journ.* Montréal, 1852.

Vineberg. — Frommel spahresbericht über die Fortschritte, in *Geburtshilfe und Gyn.*, 1904.

Virdis. — Contribution casistico alla conescenza degli ascessi del utero. *Ann. di Ost. e Gyn. Milan*, t. 44, n° 12, déc. 1927.

WAGNER. — Uterus abscess nach Appendicitis. *Zentral blatt f. gyn.*, 1916, p. 30.

WEIL. — *Lyon médical*, 1888, t. 59, p. 92.

WENZEL. — Ueber die Krankheiten der uterus.

WILMOTH. — Les abcès de l'utérus. *Gyn. et obst.*, t. 19, n° 3, mars 1929, p. 217.

ZIEGLER. — *Lehrbuch der Path. Anat.*, 1890, t. 2, p. 805.

Le François, Paris, C. O. L. 15.0217.
Dépôt légal : 4e trimestre 1946, n° 39.

Imprimerie de l'Anjou à Angers -
Dépôt légal : 4e trimestre 1946, n° 47.